CENA 1 ZŁ 50 GR

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 5 (XVI) Marzec 1952 Nr 3



WYDAWCA POLSKI CZERWONY KRZYŻ

TREŚĆ

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1-wierszowym, z marginesem 3 cm; 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źródła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek i skrótów, bez porozumienia z autorem.

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 5 (XVI) Marzec 1952 Nr 3

W DYSKUSJI NAD PROJEKTEM KONSTYTUCJI

Jestem córką małorolnego chłopa, z licznego rodzeństwa. Rodzice moi nie byli w stanie mnie uczyć, to też nie miałam początkowo ukończonej szkoły podstawowej. Dzięki bezpłatnemu nauczaniu, jakie zapewnił nam Manifest Lipcowy, mogłam ukończyć kurs Młodszych Pielęgniarek PCK i po półtorarocznej pracy pielęgniarskiej złożyłam egzamin państwowy, otrzymując uprawnienia pielęgniarki pełnokwalifikowanej.

Może nie wszyscy zdają sobie sprawę, że oznacza to wielki awans społeczny: stoi dziś przede mną otwarta droga do dalszego awansu i uzyskania wszystkich stanowisk w hierarchii pielęgniarek. To wszystko zawdzięczam Polsce Ludowej i obecnemu ustrojowi, wywalczonemu przez bojowników o wolność ludzi pracy na przestrzeni wielu, wielu lat.

Dlatego z niezmierną radością odczytuję po raz nie wiem który art. 61 i 68 projektu Konstytucji, zapewniające wszystkim obywatelom prawo do nauki i gwarantujące pomoc w tym zakresie. Dzięki zasadom zawartym w Konstytucji takich szczęśliwych jak ja jest wiele, a liczba ich stale wzrasta i wzrastać będzie.

Naprawdę ja i moje rówieśnice możemy czuć się szczęśliwe, że żyjemy w tym historycznym okresie Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej, że jesteśmy świadkami doniosłych przemian i ich utrwalenia.

MARIA BRZEZIŃSKA
Instr. Piel. Warszawa, Hoża 53

(Ob. Brzezińska Maria została odznaczona przez Ministra Zdrowia odznaką „Za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia". Redakcja)

* *

Jako uczennica, przodownica nauki w Państwowej Szkole Pielęgniarstwa Nr 2, Warszawa, Wilcza 9, pragnę również zabrać głos w toczącej się dyskusji nad projektem Konstytucji Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej, otwierającej nowe dzieje Narodu Polskiego.

Artykuł 60 projektu Konstytucji zapewnia w Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej obywatelom prawo do ochrony zdrowia oraz do pomocy w razie choroby lub niezdolności do pracy poprzez rozwój i rozbudowę urządzeń sanitarnych, podniesienie stanu zdrowotności ludności miast i wsi.

Nowopowstające sanatoria, szpitale, ambulatoria i ośrodki zdrowia potrzebują wykwalifikowanych kadr medycznych. W szkole naszą rolą jest rozwinięcie współzawodnictwa w nauce. Ja, jako przodownica nauki na terenie szkoły, doskonale zdaję sobie sprawę z naszych przyszłych zadań jako kadr, na które czekają placówki Służby Zdrowia.

Wzywam tą drogą wszystkie koleżanki do podjęcia walki o jak najlepsze wyniki w nauce, a tym samym do wykonania Planu 6-letniego.

PAWLISZEWSKA ALINA
Warszawa, Wilcza 9
Uczennica II roku P. S. P. Nr 2
z Warszawy oraz pielęgniarki w Prewentorium
córka. obecnie nieżyjącego robotnika szlifierza
w Buczach koło Skoczowa.

* * *

My, słuchaczki Ośrodka Szkolenia Młodszych Pielęgniarek Polskiego Czerwonego Krzyża w Płońsku, woj. warszawskie, w dyskusji nad projektem Konstytucji, stwierdzamy, że Polska Rzeczpospolita Ludowa, państwo demokracji ludowej, w którym władza należy do ludu pracującego miast i wsi, dała nam, córkom chłopów i robotników, możność nauki i zdobycia tak zaszczytnego zawodu, jakim jest zawód pielęgniarki, możność stania się pełnowartościowym człowiekiem.

Zobowiązujemy się uczyć, uczyć się i jeszcze raz uczyć, jak powiedział Wielki Nauczyciel ludzkości, Tow. Lenin, aby zdać egzaminy z wynikiem bardzo dobrym i iść do zakładów leczniczych wsi, miast i miasteczek z jak największym zasobem wiadomości.

Pragniemy dać z siebie wszystko, aby nieść pomoc cierpiącym i wszystkim, potrzebującym naszej pomocy i opieki, ludziom pracy. Pragniemy włożyć jak największy wkład w uświadamianie ludzi w zakresie higieny, kultury i oświaty sanitarnej.

Wzywamy wszystkie Ośrodki Szkolenia Młodszych Pielęgniarek Polskiego Czerwonego Krzyża na terenie woj. warszawskiego do wzięcia udziału w dyskusji nad projektem Konstytucji Rzeczypospolitej Ludowej i wzywamy Was, Koleżanki, do podjęcia współzawodnictwa w wynikach nauki.

Słuchaczki I Kursu Ośr. Szk. Młod. Pielęgniarek P.C.K. w Płońsku

* * *

Artykułem 61 projektu Konstytucji Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej przyznano obywatelom prawo do pracy i nauki, a pierwszeństwo w zdobywaniu wiedzy mają dzieci robotników i chłopów.

W Polsce przedwrześniowej nie miałabym możności zdobycia kwalifikacji zawodowych. Jestem córką robotnika z Oryszewa pow. Sochaczewskiego. Państwo Ludowe umożliwiło mi zdobywanie upragnionego przeze mnie zawodu. Otrzymałam wszystkie warunki, aby móc się uczyć: internat, stypendium i naukę. Przodując w pracy społecznej na terenie Organizacji Szkolnej ZMP, staram się o podniesienie świadomości politycznej własnej i całego grona koleżanek. Pracą i nauką na oddziale szpitalnym i na teorii pragnę przyczynić się do wykonania zadań, jakie stoją przed naszą szkołą w Planie 6-letnim. Gdy za pół roku otrzymam dyplom, pracą swą postaram się zadokumentować pełne przygotowanie do zawodu i powiększyć kadry pełnowartościowych pracowników Służby Zdrowia.

MARIA STOLAREK
uczennica II roku P. S. P. Nr 2
Warszawa, Wilcza 9

Międzynarodowy Dzień Kobiet

W 1910 roku na Międzynarodowej Konferencji Kobiet w Kopenhadze ogłoszono dzień 8 marca jako Międzynarodowy Dzień Kobiet.

Międzynarodowy Dzień Kobiet miał za zadanie budzić świadomość kobiet, otwierać oczy na krzywdy, jakie wyrządzał im ustrój niesprawiedliwości, ustrój kapitalistyczny. Międzynarodowy Dzień Kobiet mobilizował kobiety do walki o pokój, o zniesienie wyzysku, o równe prawa dla kobiet, o szczęśliwą przyszłość dla dzieci. Dzień 8 marca stał się przeglądem osiągnięć tej walki.

Dopiero w wyniku zwycięskiej Rewolucji Październikowej człowiek uzyskał po raz pierwszy w dziejach jednakowe prawa do życia, pracy i nauki. Był to człowiek radziecki.

Już w 1919 r. Lenin pisał: **„Nie może być i nie będzie prawdziwej wolności, dopóki nie ma wolności kobiet“.**

Władza radziecka przeprowadziła prawdziwe równouprawnienie kobiet we wszystkich dziedzinach życia. Z kobiet radzieckich, wspaniałych współgospodarzy swego kraju, biorą przykład kobiety, całego świata i wzmagają swą walkę o pokój, postęp i wolność. Przed kobietami Polski i wszystkich krajów Demokracji Ludowej z chwilą ujęcia władzy przez masy pracujące otworzyły się nowe, wspaniałe perspektywy.

Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej, której projekt został poddany pod dyskusję całego narodu, będzie wiernym odbiciem tego, co masy pracujące w Polsce zdobyły i wywalczyły, a liczne artykuły tej Konstytucji odnoszą się właśnie do spraw kobiety.

Artykuł 66 projektu Konstytucji głosi: **„Kobieta w Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej ma równe z mężczyzną prawa we wszystkich dziedzinach życia państwowego, politycznego, gospodarczego, społecznego i kulturalnego“.**

Gwarancję równouprawnienia kobiety stanowią:

1. równe z mężczyzną prawo do pracy i wywynagrodzenia, według zasady **„równa płaca za równą pracę“**, prawo do wypoczynku, do ubezpieczenia społecznego, do nauki, do godności i odznaczeń, do zajmowania stanowisk publicznych;
2. opieka nad matką i dzieckiem, ochrona kobiety ciężarnej, płatny urlop w okresie przed i po porodzie, rozbudowa sieci zakładów położniczych, żłobków i przedszkoli, rozwój sieci zakładów usługowych i żywienia zbiorowego.

W żadnym kraju kapitalistycznym kobiety nie korzystają z pełni praw; tak więc bądź



Foto CAF
Zasłużona francuska bojowniczka o pokój, Reymond Dien

wcale nie mogą brać udziału w życiu społecznym i politycznym, bądź uczestniczą w nim w bardzo ograniczonym stopniu. Kobiety otrzymują tam za swoją pracę tylko część płacy, jaką otrzymałby mężczyzna i wykonują jedynie prace najmniej opłacane. Zaledwie garstka kobiet pracuje w poważnych gałęziach przemysłu, rolnictwa czy kultury. W Anglii zarobek kobiet nie przekracza 50—60% zarobku mężczyzny. Podobnie jest w Szwecji, Danii i innych krajach kapitalistycznych.

Jakże inaczej jest w Polsce Ludowej! Równouprawnienie kobiet jest nie tylko pisanym prawem, ale przede wszystkim rzeczywistością: kobieta za równą pracę otrzymuje równą płacę; we wszystkich dziedzinach życia zajmuje z każdym dniem coraz więcej odpowiedzialnych stanowisk; wzrasta liczba przodownic pracy, racjonalizatorek i nowatorek; wzrasta liczba kobiet na wyższych stanowiskach państwowych i społecznych. Widzimy kobiety — ministrów,

dyrektorów, naczelnych kierowników oddziałów, majstrów, brygadzistów. W samym przemyśle na odpowiedzialnych stanowiskach pracuje ponad 18 tysięcy kobiet, w tym 133 dyrektorów fabryk. Kobiety są posłankami, przewodniczącymi i członkami prezydiów Rad Narodowych. Nie brak i kobiet sędziów i prokuratorów; kobieta jest sędzią Sądu Najwyższego.

Awans społeczny objął również kobiety wiejskie. Od wieków trzymane w mroku nieświadomości, obciążone niewolniczą pracą, odsunięte od udziału w życiu społecznym, kobiety wiejskie coraz bardziej uaktywniają się: ponad 6.000 kobiet pracuje w Zarządach Gminnych Spółdzielni Samopomocy Chłopskiej. Największą zdobyczą właśnie dla kobiet są Spółdzielnie Produkcyjne, w których pracuje tysiące kobiet; w zarządach spółdzielni zasiadają kobiety, jak np. znana nam wszystkim Maria **Iskra**; są to gorące agitatorki nowego życia wsi polskiej.



Foto CAF

Wanda Gościmińska, zasłużony budowniczy Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej

Setki tysięcy kobiet bierze aktywny udział we współzawodnictwie pracy, wiele z nich zostaje przodownicami.

W roku 1952 dalsze 250 tysięcy kobiet wejdzie do produkcji. Bowiem Rząd i Partia nie szczędzą środków na podnoszenie kwalifikacji kobiety. Świadczy o tym coraz bardziej rozbudowująca się sieć najrozmaitszych kursów zawodowych: przy warsztacie, wieczorowych i kursów z oderwaniem od pracy. Najzdolniejsze robotnice jak np. **Wanda Gościmińska,** Budowniczy Polski Ludowej, otrzymuje płatny urlop na okres szkolenia.

Polska Ludowa daje kobiecie możność korzystania w pełni z przyznanych jej praw. Rząd i Partia otacza opieką matkę i dziecko, jest to bowiem pierwszy warunek zapewnienia kobiecie równouprawnienia; kobieta w Polsce Ludowej korzysta z 12-tygodniowego urlopu macierzyńskiego, otrzymuje w okresie ciąży lżejszą pracę, nie może być zwolniona z pracy; stale rośnie sieć zakładów położniczych, żłobków i przedszkoli, zakładów żywienia zbiorowego i zakładów usługowych, co umożliwia kobiecie coraz szersze włączenie się do pracy produkcyjnej.

Liczba żłobków z 33 w r. 1938 znacznie wzrosła. W r. 1950 mieliśmy już 300 żłobków zakładowych z 13.800 dziećmi, 240 żłobków dzielnicowych z 9.600 dziećmi i 192 żłobki sezonowe wiejskie. W przedszkolach zamiast 74.800 dzieci w 1939 r. mieliśmy w 1951 r. 370.000 dzieci. W 1951 r. było 415 izb porodowych z 2.500 miejscami. W 1950 r. 1.100.000 skorzystało z kolonii letnich. Dzięki wzrastającej sieci poradni dla matek i dzieci oraz sieci izb porodowych na wsi, dzięki wzrastającej liczbie położnych gminnych — śmiertelność wśród niemowląt spadła o 25—30% w porównaniu do okresu przedwojennego.

Rozwój szkół umożliwia dzieciom robotnic i chłopek pracujących szeroki dostęp do nauki. Sprawa więc przyszłości dziecka przestała być trapiącym matkę zagadnieniem. Prawdziwe prawo do nauki zagwarantowała Konstytucja: liczba dziewcząt na wyższych uczelniach wynosi obecnie 40% wszystkich studentów, a liczba dziewcząt i kobiet w szkołach zawodowych wzrasta z roku na rok.

Zagwarantowane Konstytucją prawo do ochrony zdrowia — to wielkie osiągnięcia mas pracujących, a więc oczywiście i kobiet w Polsce Ludowej.

Te wielkie zdobycze kobiety polskiej, będące drogą do uzyskania pełnego równouprawnienia,

osiągnęłyśmy dzięki zdobyciu władzy przez masy pracujące, a całkowite zrównanie kobiet z mężczyznami przyniesie nam socjalizm.

Czym staje się kobieta w kraju, gdzie nie ma wyzysku człowieka przez człowieka, widzimy na przykładzie Związku Radzieckiego. Kobiety — bohaterki pracy — występują we wszystkich dziedzinach życia; kobiety radzieckie biorą udział w rządzeniu krajem: 277 kobiet jest posłankami do Rady Najwyższej, 2.209 — do Rad Najwyższych Republik Związkowych, pół miliona działa w Radach Terenowych; 44% specjalistów z wyższym wykształceniem w Związku Radzieckim to kobiety.

Kobiety radzieckie w pełni korzystają z prawa do pracy, płacy i wykształcenia. Interesy kobiety i dziecka chroni szeroka sieć opieki zdrowotno-profilaktycznej, żłobków i przedszkoli.

Radzieckie kołchoźnice to wielka siła, są wśród nich tysiące przewodniczących kołchozów, dziesiątki tysięcy traktorzystek i kombajnerek, osiągają one wspaniałe wyniki pracy, otrzymują najwyższe zaszczyty i odznaczenia państwowe.

W czasie wojny światowej kobiety radzieckie zdały egzamin ze swej działalności politycznej i patriotycznej, a po wojnie, dumne ze swej Ojczyzny, borą żywy udział w budowie komunizmu.

Kobiety polskie, patrząc na swe siostry radzieckie, będące przykładem dla wszystkich kobiet świata, zdają sobie sprawę, że i od ich udziału w wykonaniu 3 roku Planu 6-letniego zależy zbudowanie podstaw socjalizmu w Polsce. Wielkie prawa, jakie zapewnia kobietom projekt Konstytucji, nakładają na nie i wielkie obowiązki — a przede wszystkim wytężenia wszystkich sił dla wzmocnienia potęgi naszego kraju, dla spotęgowania sił obozu pokoju.

Na całym świecie wzmaga się walka o pokój i wyzwolenie mas pracujących krajów kapitalistycznych.

Światowa Demokratyczna Federacja Kobiet, skupiająca około 135 milionów kobiet, to jedna z wielkich sił obozu pokoju. Federacja mobilizuje kobiety w krajach kapitalistycznych do udziału w strajkach, — demonstracjach, do walki w obronie pokoju, wolności i sprawiedliwości, a w Związku Radzieckim i krajach Demokracji Ludowych do wzmożonego wysiłku w budowie potęgi obozu pokoju.

Międzynarodowy Dzień Kobiet będzie w tym roku wielką manifestacją wszystkich kobiet świata w walce o pokój i postęp. Kobiety polskie uczczą ten dzień wytężoną pracą, zwiększając produkcję przemysłu i rolnictwa, podnosząc zdrowotność mas, podnosząc oświatę i kulturę,zacieśniając serdeczną przyjaźń z siostrami radzieckimi, z kobietami krajów Demokracji Ludowych, Chin Ludowych, Niemieckiej Republiki Demokratycznej, z kobietami krajów kapitalistycznych walczącymi o pokój i wyzwolenie.

Kobiety Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej stają się z każdym dniem bardziej godnymi praw naszej Konstytucji, coraz bardziej świadomymi i zdecydowanymi bojowniczkami o pokój i socjalizm.



Foto CAF

Polska Rzeczpospolita Ludowa zapewnia, w myśl nowej Konstytucji pełnię opieki nad matką i dzieckiem Treść artykułu 66 znajduje potwierdzenie w rozbudowie szerokiej sieci poradni, żłobków i przedszkoli.

Nasza praca w ZZPSZ

W całym kraju, zgodnie z uchwałą VIII Plenum Centralnej Rady Związków Zawodowych, po wyborach do g r u p odbywają się w dniach od 1 marca do 15 kwietnia br. — wybory do Rad Miejscowych i komisji rewizyjnych we wszystkich zakładach pracy.

Z analizy wyborów z roku 1951 wynika, że udział pielęgniarek we władzach związkowych był zdecydowanie n i e d o s t a t e c z n y. Nasuwa się pytanie: skąd ta niechęć pielęgniarek, stanowiących bardzo poważną grupę związkowców, do czynnego udziału w życiu i pracy społecznej?

Polska Ludowa bardzo szeroko rozbudowała sieć wszelkiego rodzaju szkół zawodowych; dość powiedzieć, że liczba uczących się jest w ogólności 10 razy większa niż w Polsce przedwrześniowej, w samym zaś szkolnictwie służby zdrowia liczba ta wzrosła 2½-krotnie. Bardzo poważne miejsce zajmuje w tym utworzenie wielu kursów dla m ł o d s z y c h p i e l ę g n i a r e k, co stanowi obfite źródło, pomnażające nowe kadry służby zdrowia.

W szkoleniu kadr szczególnie uprzywilejowane miejsce zajmują pielęgniarki, którym dano ogromne możliwości rozwojowe, przez udostępnienie chętnym bezpłatnej nauki i zapewnienie najlepszych wykładowców oraz całkowitej opieki.

Obecnie należy pomyśleć — jak spłacić dług zaciągnięty wobec Państwa?

Jest tylko jedna odpowiedź na to pytanie: w y d a j n e r e a l i z o w a n i e 3 r o k u P l a n u S z e ś c i o l e t n i e g o n i e t y l k o w c o d z i e n n e j p r a c y z a w o d o w e j, a l e r ó w n i e ż w ś w i a d o m e j, a k t y w n e j p o s t a w i e s p o ł e c z n e j i w a l c e i d e o l o g i c z n e j o j e g o w y k o n a n i e.

W bieżącym roku wybory do Rad Miejscowych zbiegły się w czasie z ogólnokrajową dyskusją nad projektem Konstytucji. Dyskusja ta jest wyrazem głębokiego przygotowania ideologicznego dla niezmiernie doniosłego aktu historycznego, jakim będzie w niedalekiej przyszłości zatwierdzenie i ogłoszenie Konstytucji Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej.

W artykule 66 projektu Konstytucji, w punkcie 1 czytamy:

„Kobieta Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej ma równe z mężczyzną prawa we wszystkich dziedzinach życia państwowego, politycznego, gospodarczego, s p o ł e c z n e g o i kulturalnego".

Oznacza to, że Państwo Ludowe pragnie, by kobiety brały jak najszerszy udział we wszystkich przejawach naszego życia państwowego i były reprezentowane na każdym odcinku społecznym.

Zawód pielęgniarki szczególnie predystynuje do odegrania dominującej roli wśród kobiet, zatrudnionych w służbie zdrowia. Pielęgniarki przecież, obok lekarzy, stanowią kierowniczy trzon wśród kadr służby zdrowia i pracą swoją decydują o jakości opieki nad chorymi w Polsce Ludowej.

Wchodząc do Władz Związkowych pielęgniarki mają możność i powinny rozszerzyć swój wpływ na wszystkie gałęzie życia związkowego.

Ożywiona działalność świetlicowa, akcje kulturalno-oświatowe i masowo-polityczne, zaznajamianie się i przenoszenie bogatych doświadczeń radzieckiej służby zdrowia na własny teren, koleżeńska opieka nad młodszymi pielęgniarkami — oto zadania stojące przed pielęgniarkami jako aktywem społecznym służby zdrowia.

Następnym zadaniem pielęgniarki-związkowca to jak najoszczędniejsza gospodarka sprzętem sanitarnym i materiałem leczniczym, jednak bez szkody dla chorego, oszczędność wody, światła, gazu itd. I ta sprawa wymaga uświadomienia, przemyślenia i zrozumienia.

Aby wypełniać wszystkie te stojące przed Wami zadania, aby regulować sprawy blisko Was obchodzące, Wy, Pielęgniarki, jako uświadomiony aktyw społeczny nie powinnyście stronić od szlachetnej walki o zaszczytny udział we Władzach Rad Miejscowych, lecz przeciwnie — bardziej czynnie współgospodarzyć w swoich zakładach pracy.

Typujcie i wybierajcie do Rad Miejscowych Towarzyszki najbardziej oddane i uświadomione, takie, które będą rękojmią przyspieszenia budowy podstaw socjalizmu w Polsce Ludowej, przez szybsze realizowanie Wielkiego Planu Sześcioletniego!

M. G.

Dr KAZIMIERZ OSTROWSKI

Jak powstało życie

ZAGADNIENIE powstania życia na ziemi zaprzątało umysły filozofów i uczonych niemal że od chwili, gdy tylko człowiek nauczył się myśleć objektywnie. Począwszy od starożytnych filozofów, po przez scholastyków średniowiecza, uczonych odrodzenia, szukających w ciemnościach, po omacku drogi do prawdy — aż do nowożytnych i współczesnych ludzi nauki — wszystkich intrygowała tajemnica życia. W każdej epoce wyjaśniano to zagadnienie inaczej, dając tym świadectwo całokształtowi poglądów panujących w owym okresie historycznym. Bowiem każdy system filozoficzny musi zająć jakieś stanowisko wobec problemu powstania życia na ziemi, wobec problemu granicy między światem żywym a martwym, wobec stanowiska człowieka w świecie i jego życia psychicznego.

Dopiero rozwój wiedzy przyrodniczej w XIX wieku pozwolił uczonym wyzwolić się spod biblijnej teorii powstawania świata i życia dając im podstawy do tworzenia własnych koncepcji, opartych na zasadach naukowych.

Zanim jednak wypowiedzieli się uczeni — jak to zwykle bywa w nauce — zaczęły przemawiać f a k t y. Przy robotach ziemnych, w czasie drążenia korytarzy w kopalniach, a wreszcie na skutek poszukiwań dokonywanych przez specjalne ekspedycje naukowe — zaczęto odkrywać coraz liczniej szczątki kopalniane roślin i zwierząt, niepodobne do żadnego z istniejących współcześnie gatunków. Olbrzymie szkielety gadów, potworny szkielet zwierzęcia będącego na poły gadem, niewidzianej dotychczas wielkości paprocie i widłaki — wszystko to spowodowało zamęt w dotychczasowych poglądach na powstanie życia na ziemi.

Wykładana na wszystkich uniwersytetach i podówczas bezwzględnie obowiązująca biblijna teoria jednoczasowego aktu stworzenia gatunków roślin i zwierząt domagało się objaśnienia i naukowego uzasadnienia.

Szczególne zasługi w gromadzeniu i odtwarzaniu szkieletów tych wykopaliskowych zwierząt położył sławny w owym czasie francuski uczony — **Cuvier.** Dzisiejsi uczeni pełni są podziwu dla niezwykłej intuicji tego badacza, który przy ubóstwie owcześnie istniejących do jego dyspozycji środków i materiałów, potrafił z wykopanych dosłownie okruchów szkieletu, odtworzyć niezwykle trafnie dane zwierzę. Jednakże rekonstruowanie zwierząt z ich szczątków nie stanowiło największej trudności. Tę trudność sprawiało zagadnienie: skąd się wzięły te tajemnicze zwierzęta i co wpłynęło na to, że nie dotrwały one do naszych czasów, tak jak tysiące innych?

Aby odpowiedzieć na to pytanie na podstawie stwierdzonych przez siebie faktów, a równocześnie aby być w zgodzie z panującymi do owych czasów biblijnymi poglądami na powstanie życia — **Cuvier** stworzył teorię, zwaną t e o r i ą k a t a k l i z m ó w. Teoria ta głosiła, że życie na ziemi było tworzone kilkakrotnie. Jeżeli próba się nie powiodła, to znaczy, jeżeli stworzone zwierzęta nie nadawały się do życia — wtedy olbrzymi kataklizm niszczył wszystko, co żywe, a na pustej i jałowej ziemi powstawały warunki do nowego aktu tworzenia. Ostatnim kataklizmem miał być biblijny potop, po którym zostało stworzone życie istniejące dotychczas. Równocześnie **Cuvier** uporządkował wszystkie znane w jego czasach wykopaliskowe zwierzęta i rośliny, i rozmieścił je w kilku okresach, rozdzielonych kataklizmami, co wobec stosunkowo małej ilości wykopanych form nie było rzeczą zbyt trudną.

Jednakże uczniowie i następcy **Cuviera,** zasypywani coraz to nowymi faktami i mnożeniem się wykopalisk, nie mogli już ich mnogości pomieścić w kilku okresach, to też ilość kataklizmów w ich teorii stale wzrastała, aż doszła wreszcie do 30, licząc od początku świata.

Wcześniej od teorii kataklizmów powstała t e o r i a e w o l u c j i, stworzona przez innego francuskiego uczonego, **Lamarck'a.** Była to pierwsza, jasno sformułowana teoria, głosząca, że formy życia istniejące współcześnie na ziemi, powstały na skutek przekształ-

ceń i przeobrażeń z form innych, mniej skomplikowanych, a żyjących w odległych epokach. Zasadniczym twierdzeniem **Lamarck'a** było, że zmienne warunki bytowania powodują w następstwie zmiany i przeobrażenia u zwierząt i roślin oraz że zmiany te są dziedziczne. Zmienność warunków bytowania powstała wskutek zmian klimatu na przestrzeni epok geologicznych oraz wskutek przenoszenia się zwierząt i roślin w inne strefy klimatyczne. Zmienione warunki życiowe powodują intensywniejsze używanie jednych narządów a nieużywanie innych. Używanie danego narządu prowadzi do jego rozwoju, zaś nieużywanie — do jego zaniku. Tym **Lamarck** tłumaczył np. pochodzenie olbrzymich, w stosunku do wzrostu łopatowatych przednich kończyn u kretów, przy równoczesnym zaniku narządu wzroku. Powstałe w ten sposób zmiany w budowie narządów są według **Lamarck'a** dziedziczne.



Jeden z olbrzymich gadów żyjących na ziemi przed naszą erą

Sformułowana więc została po raz pierwszy zasada d z i e d z i c z n o ś c i c e c h n a b y t y c h w czasie życia. O twierdzenie to, na owe czasy wręcz rewolucyjne, obecnie zaś już udowodnione, kruszyli i kruszą do dziś kopie uczeni ze szkoły **Miczurina** i **Łysenki** przeciwko zwolennikom formalnej nauki o dziedziczności.

Dzieło Lamarck'a pod tytułem „Filozofia Natury", w którym sformułował swoją teorię, zawiera również pewne twierdzenia, które dziś wydają nam się zabawne. Na przykład jednym z czynników, mającym rzekomo wpływać na rozwój narządów u zwierząt, miało być oddziaływanie „woli". A więc np. prarodzice żyrafy, „chcąc" sięgnąć do wysoko rosnących liści, powodowali tym samym wydłużanie się szyi; pragnienie to zaś, żywione przez pokolenia, miało doprowadzić do wydłużenia się szyi u żyraf.

W ogólności jednak poglądy **Lamarck'a** cechowała podziwu godna odwaga i rewolucyjność, zwłaszcza gdy się weźmie pod uwagę ówczesny stan wiedzy, zaś jego teoria powstania życia na ziemi odpowiada w ogólnych zarysach dzisiejszym poglądom nauki na ten problem.

Lamarck uznawał samorództwo, czyli samoistne powstanie istot żywych z materii nieożywionej. Odrzucał jednak naiwne twierdzenie Arystotelesa i starożytnych filozofów o powstawaniu much z gnijącego mięsa, myszy z brudnych szmat, czy ryb z mułu morskiego. Powstawanie istot żywych z materii martwej dotyczyło, według **Lamarck'a,** jedynie najprostszych i najmniej złożonych organizmów, z których na drodze stopniowych, ewolucyjnych przemian, miały powstawać coraz to nowe, coraz to bardziej skomplikowane organizmy. Najprostsze zaś organizmy powstały, zdaniem **Lamarck'a,** z materii nieożywionej w sposób zupełnie naturalny, bez wpływu sił wyższych.

Szczególnie to ostatnie twierdzenie uczonego, a całokształt jego poglądów w ogólności, wywołały przeciw niemu niechęć i wrogość ówczesnego społeczeństwa, co doprowadziło w końcu do tego, że **Lamarck** umarł w nędzy i samotności, zupełnie zapomniany przez współczesnych uczonych. Słuszność jego poglądów potwierdziły dopiero odkrycia uczonych doby dzisiejszej.

Poglądy **Lamarck'a** na ewolucję rozwinął i usystematyzował Karol **Darwin,** który ze względu na ogromny materiał dowodowy, jaki zgromadził w swoim dziele „O pochodzeniu gatunków" (1859 r.) uważany jest za właściwego twórcę t e o r i i e w o l u c j i. Poglądy **Darwina** różniły się dość znacznie od poglądów **Lamarck'a,** jeśli chodzi o mechanizm kierujący ewolucją. O ile u **Lamarck'a** czynnikiem zasad-

niczym, wpływającym na powstawanie zmian dziedzicznych był wpływ warunków zewnętrznych, to u **Darwina** warunki zewnętrzne stanowiły jedynie sito, przepuszczające osobniki lepiej przystosowane, a zatrzymujące i niszczące osobniki wyposażone gorzej. Zmienność zaś, czyli powstawanie cech nowych, miało być, według **Darwina**, wewnętrzną właściwością tych osobników.

Każde pokolenie różni się od rodziców w pewien nieznaczny sposób. Zmiany te są przypadkowe i wielokierunkowe. Jeżeli zmienność ta idzie w kierunku korzystnym — dany osobnik ma szanse przeżycia, a więc i przekazania swej pożytecznej cechy potomstwu, zaś osobniki mające cechę korzystną słabiej rozwiniętą — szanse tej nie mają, względnie mają w znacznie mniejszym stopniu. Zwierzęta tego samego gatunku „walczą o byt", konkurując ze sobą tym silniej, im są do siebie podobniejsze i im bardziej wyrównane są ich szanse życiowe. Oto w zarysie podstawowe założenia Darwina.

Darwin nie usiłował wyjaśnić ani istoty zmienności ani mechanizmu dziedziczenia. Hipotezy swoje uważał sam za założenia wymagające opracowania i przedyskutowania. Niektóre twierdzenia **Darwina** dziś już są nieaktualne, a niektóre wręcz obalone, jak np. twierdzenie o konkurencji wewnątrzgatunkowej. Źródłem niektórych błędów teorii **Darwina** był wpływ, jaki wywarła na tego uczonego teoria angielskiego ekonomisty **Malthusa,** który twierdził, że ilość ludzi na ziemi wzrasta znacznie szybciej niż ilość środków spożycia, a za tym konieczne jest sztuczne zmniejszanie przyrostu ludności, czy to przy pomocy ograniczania liczby urodzin, czy też dopuszczania do wojen i klęsk żywiołowych. Twierdzenie to, z gruntu niesłuszne i wsteczne, zaciążyło w pewnej mierze na poglądach Darwina. Mianowicie Darwin przeniósł na świat roślinny i zwierzęcy takie twierdzenie Malthusa, jak walka o byt i ostra konkurencja wewnątrzgatunkowa. Darwin twierdził, że ewolucja postępuje niezmiernie powoli, a nowe gatunki powstają na przestrzeni długich okresów czasu dzięki coraz silniej zaznaczającej się rozbieżności między odmianami. Ewolucja miała, według Darwina, przebiegać łagodnie, bez skoków.

Pomimo tych błędów, pamiętać jednak należy, że od czasu ogłoszenia przez Darwina teorii ewolucji, stała się ona oficjalnym poglądem biologicznym, który odtąd musiał wyznawać każdy prawdziwy uczony i każdy, kto zajmował się naukami przyrodniczymi.

Znamienny jest również fakt, że **Marks** i **Engels** ogromnie zainteresowali się dziełem Darwina, widząc w nim podstawę dla dalszego rozwoju nauk przyrodniczych.

Engels pisał o tym w „Antydüringu": ... Teoria ewolucji jest jeszcze bardzo młoda, nie ulega zatem wątpliwości, że późniejsze badania powinny znacznie zmodyfikować współczesne idee o biegu ewolucji gatunków."

Współczesna nauka radziecka udowodniła, że przewidywania Engelsa były słuszne. W oparciu o nową, twórczą genetykę **Miczurina** i **Łysenki,** zmodyfikowała ona teorię ewolucji Darwina, usuwając z niej szereg niesłusznych twierdzeń, a w ich miejsce stawiając nowe.



Rekonstrukcja wyglądu „półptaka i półgada" na podstawie kopalnych szczątków

Nowa, współczesna teoria ewolucji ocenia w pełni wpływ warunków zewnętrznych na zmienność organizmów; dzięki pracom Łysenki, wykazano błędność założeń Darwina o walce konkurencyjnej między osobnikami tego samego gatunku. Dialektyczna jedność organizmu i środowiska oraz powstające między organizmem a środowiskiem sprzeczności — oto mechanizm kierujący zmiennością i dziedzicznością organizmów. Współczesna teoria ewolucji podkreśla wyraźnie, że przechodzenie zmian ilościowych w jakościowe odbywa się skokami, czego Darwin nie dostrzegł.

(d. c. n.)

Dr BRONISŁAWA MIGDALSKA-KASSUROWA

Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych

BARDZO dobre wyniki leczenia gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych streptomycyną podniosły wagę wczesnego rozpoznania tej choroby. O ile przed erą streptomycyny rozpoznanie gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych równało się dla chorego wyrokowi śmierci, o tyle dziś — musimy o tym wiedzieć — wczesne rozpoczęcie leczenia może uratować życie około 80% chorych. Rola pielęgniarki we wczesnym wykrywaniu gruźliczego zapalenia opon jest bardzo duża. Praca zawodowa i społeczna zwłaszcza w ramach lecznictwa otwartego — w ramach przede wszystkim poradni przeciwgruźliczej i opieki nad dzieckiem — wyznacza pielęgniarce bardzo poważną i wdzięczną rolę. Z tego względu omówienie symptomatologii zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych, zwłaszcza ich okresu początkowego, ze specjalnym podkreśleniem etiologii gruźliczej — jest aktualne i doniosłe.

Zanim przejdziemy do omówienia poszczególnych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych, warto przypomnieć zasadnicze objawy chorobowe, występujące niezależnie od etiologii.

ROZPOZNANIE

W rozpoczynającej się chorobie główne objawy stanowią: złe samopoczucie, ból głowy, brak łaknienia, wymioty, dreszcze, przeczulica skóry, poza tym stosunkowo częste bóle karku i wzdłuż kręgosłupa, ogólne rozłamanie oraz podwyższona ciepłota. Już samo ułożenie chorego może nasuwać podejrzenie w kierunku zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych: sztywność oraz przekurcze karku i pleców powodują odgięcie głowy ku tyłowi, zaś toniczny skurcz mięśni ud, podudzi, ramion i przedramion — charakterystyczne zgięcie kończyn. W związku z przykurczami mięśni widzimy szereg objawów neurologicznych: sztywność karku — zasadniczy objaw zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, objaw Brudzińskiego (mimowolne zginanie kolan przy próbie pochylenia głowy do przodu), objaw Brudzińskiego II (jeżeli choremu leżącemu na wznak z wyprostowanymi nogami, zgiąć jedną nogę w stawach biodrowym i kolanowym to odruchowo występuje zgięcie drugiej kończyny), objaw Kerniga (przy próbie siadania chory z zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych zgina nogi w stawach kolanowych). Poza tym może wystąpić objaw oczny Flataua (rozszerzenie się źrenic przy próbie biernego pochylania głowy ku przodowi).

Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, a także nierzadko opon mózgowych i mózgu — może wystąpić w przebiegu każdej ostrej choroby zakaźnej, zarówno bakteryjnej jak i wirusowej. Tak się np. dzieje w przebiegu odry. świnki, grypy, kokluszu, płonicy, duru brzusznego i plamistego, zapalenia płuc i innych chorób zakaźnych. Zapalenie opon jest wówczas powikłaniem choroby zasadniczej, a rozpoznanie i leczenie uzależnione jest od etiologii właściwej choroby.

Ograniczymy się do omówienia najważniejszych jednostek chorobowych, a więc do zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych epidemicznego, gruźliczego i tzw. limfocytowego.

ZAPALENIE EPIDEMICZNE

— jest ostrą chorobą zakaźną, dla której cechą charakterystyczną jest ropne zapalenie opon. Chorobę tę, zwaną często drętwicą karku, wywołuje gramo-ujemna dwoinka wewnątrzkomórkowa Weichselbauma.

Zasadniczym sposobem zakażenia jest tzw. zakażenie kropelkowe. Zarazek dostaje się do jamy nosowo-gardzielowej, stąd do krwi i wreszcie usadawia się na oponach, wywołując ich ropne zapalenie. Źródłem choroby jest chory lub ozdrowieniec, głównie jednak — zdrowy nosiciel. Zakażenie pośrednie przez przedmioty, praktycznie jest bez znaczenia, ponieważ zarazek poza ustrojem ginie szybko.

Zapadalność jest bardzo mała, co wynika ze stosunkowo wysokiej odporności ustroju ludzkiego na zarazek epidemicznego zapalenia opon. choć nierzadko zdarza się i wśród starszych.

OBJAWY

Zaczyna się nagle, bez zwiastunów. Zjawiają się bóle głowy, wysoka ciepłota, często wymioty i dreszcze, czasem drgawki. Zaburzenia ze strony układu nerwowego mogą być bardzo duże, dochodzić nawet do śpiączki. W nagminnym zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych stosunkowo często występuje opryszczka, której nie spotykamy u chorych z zapaleniem opon o innej etiologii. Po za tym prawie u wszystkich chorych występuje znaczna przeczulica skóry.

Sztywność karku jest bardzo wyraźna, podobnie jak charakterystyczne ułożenie z głową odchyloną w tył i podkurczonymi kończynami. Ponadto w każdym wypadku występują opisane powyżej objawy Brudzińskiego, Kerniga i Flataua. Czasem w tej chorobie zjawia się wysypka guzowata płoniczo- lub odrokształtna.

POWIKŁANIA

Jeżeli sprawa zapalna przejdzie na błędnik, występuje głuchota, najczęściej obustronna, która już się nie cofa. Jednym z cięższych powikłań jest wodogłowie, jako wyraz uniedrożnienia otworów i zbiorników na podstawie mózgu. Poza tym mogą wystąpić stany zapalne błon surowiczych (np. stawów), ucha środkowego, dróg oddechowych, pokarmowych i ogólne zakażenie meningokokami.

Objawy ostre trwają od kilku dni do dwu tygodni, bywają też postacie przewlekłe, a zdarzają się i piorunujące, przebiegające w 12—36 godzin.

Rozpoznanie opiera się na omówionym tu obrazie klinicznym, na mętnym lub wręcz ropnym płynie mózgowo-rdzeniowym, otrzymanym przez nakłucie lędźwiowe i na wykazaniu w płynie dwoinek Weichselbauma. Ważne jest stwierdzenie tych zarazków w wydzielinie noso-gardzielowej chorego, a wreszcie pomocne być może wyśledzenie zdrowych nosicieli.

LECZENIE

Leczenie dawniej polegało na wstrzykiwaniu domięśniowo i dokanałowo wieloważnej surowicy odpornościowej. Po r. 1935 rozpoczęto z dobrym skutkiem leczenie sulfonamidami, a w okresie powojennym penicyliną.

Wszystkie przypadki zachorowania należy zgłaszać, a odosobnienie w szpitalu jest konieczne, ponieważ leczenie jest trudne, wymaga dużego doświadczenia, a chory — bardzo troskliwego i fachowego pielęgnowania.

Uodpornienia przeciw drętwicy karku nie znamy.

W czasie choroby obowiązuje dezynfekcja bieżąca, a po jej zakończeniu, względnie po odosobnieniu chorego, dezynfekcja końcowa.

ZAPALENIE GRUŹLICZE

W przeciwieństwie do drętwicy karku rozwija się wolno i podstępnie. W związku z szeroką akcją wykrywania tej choroby w najwcześniejszym jej okresie przekonaliśmy się, że to co dawniej uważaliśmy za początek choroby, jest w rzeczywistości okresem już zaawansowanym.

Dziś staramy się wykryć chorobę przed wystąpieniem wyraźnych objawów oraz sztywności karku. Gorsze poczucie, senność, brak łaknienia, bladość, u dzieci niechęć do zabawy — powinny budzić naszą czujność, zwłaszcza jeżeli te objawy wystąpią u człowieka, który ma styczność z chorymi na gruźlicę. Jeżeli sprawa ta dotyczy dzieci, musimy często śledzić odczyn Mantoux, a u wszystkich podejrzanych wykonywać prosty odczyn opadania krwinek czerwonych — odczyn Biernackiego. Musimy kontrolować stan płuc, ponieważ zapalenie występuje bardzo często przy współistnieniu gruźlicy płuc, a nawet w przebiegu gruźlicy, leczonej streptomycyną.

PŁYN MÓZGOWO-RDZENIOWY

Choremu, u którego stwierdzamy najmniejsze podejrzenie na zapalenie opon, trzeba wykonać nakłucie lędźwiowe. Płyn mózgowo-rdzeniowy w gruźliczym zapaleniu opon jest wodojasny, przejrzysty, zawiera zwiększoną liczbę krwinek białych, tzw. pleocytozę, a wśród nich przeważają limfocyty. Płyn mózgowordzeniowy w tego rodzaju zapaleniu opon różni się bardzo od płynu ropnego, z przewagą krwinek białych wielojądrzastych — w nagminnym zapaleniu opon. Po odstaniu zjawia się w płynie mgiełka, zwana pospolicie siateczką lub pajęczynką. Czasem w bezpośrednim preparacie w płynie mózgowo-rdzeniowym udaje się

wykryć prątki Kocha. Z reguły jednak należy robić posiewy płynu na odpowiednich pożywkach oraz szczepić świnki morskie (tzw. próba biologiczna).

Gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych od chwili ujawnienia — badaniem przedmiotowym — zespołu objawów, rozwija się szybko. Narastające bóle głowy, wymioty, ciężki stan ogólny, podwyższona ciepłota, sztywność karku, objawy Kerniga, Brudzińskiego i Flataua, wzmożone ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego, o cechach wyżej wymienionych, oraz dołączające się porażenie nerwów czaszkowych, a więc zez, opadnięcie powieki lub kącika ust, wygładzenie fałdu nosowargowego — wszystko to czyni rozpoznanie łatwe.

Przed erą streptomycyny choroba kończyła się po 3—4 tygodniach śmiercią. Obecnie jednak wczesne rozpoczęcie leczenia, przed wystąpieniem porażeń, ratuje życie wielu chorym, jak to wspomniano na wstępie. Leczenie gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych streptomycyną musi się odbywać w specjalnych oddziałach szpitalnych, wymaga bowiem dużego doświadczenia. Nieumiejętne leczenie naraża Państwo na wielkie straty materialne, a nade wszystko mści się na samym chorym. Wyniki leczenia są tym lepsze, im wcześniej jest ono rozpoczęte. Leczenie jest bardzo długie, wielomiesięczne, stąd rola pielęgniarki w tym leczeniu jest niezwykle ważna.

ZAPALENIE LIMFOCYTOWE

Duże trudności w rozpoznaniu różnicowym z gruźliczym zapaleniem sprawia nam tzw. l i m f o c y t o w e z a p a l e n i e o p o n. Badania ostatnich lat dowodzą, że limfocytowe zapalenie opon jest następstwem zakażenia wirusowego. W piśmiennictwie podkreśla się rolę myszy szarej w epidemiologii tej choroby. Człowiek zakaża się przez górne drogi oddechowe. Niektórzy sądzą też, że w przenoszeniu choroby mogą odgrywać rolę owady.

Wywiady i stan przedmiotowy chorych na zapalenie limfocytowe opon pozwalają często wyłączyć powikłania w postaci zapalenia opon w przebiegu ostrej choroby zakaźnej. Nie wyjaśnia sprawy samo nakłucie kanału lędźwiowego, ponieważ, podobnie jak przy etiologii gruźliczej, płyn wypływa pod zwiększonym ciśnieniem, jest w o d o j a s n y, o zwiększonej pleocytozie i wybitnej przewadze limfocytów. Oczywiście nie stwierdza się w płynie prątków Kocha, ale nawet w gruźliczym zapaleniu opon prątki metodą bezpośrednią wykazuje się bardzo rzadko.

OBJAWY

Okres wylęgania choroby jest bliżej nieznany. Choroba w przeciwieństwie do gruźlicy, zaczyna się ostro — dreszczami, gorączką, bólami głowy i wymiotami. Dalsza obserwacja chorego ustala rozpoznanie. Limfocytowe zapalenie opon zazwyczaj ma przebieg lekki i kończy się pomyślnie. Objawy ostre ustępują już po 4—10 dniach, objawy oponowe cofają się, zaś zmiany zapalne w płynie ustępują zwykle po kilku tygodniach.

LECZENIE

Codzienne spostrzeżenia zdają się wskazywać, że limfocytowe zapalenie opon jest częstsze, niż się to na ogół przyjmuje. Leczenia swoistego w tej chorobie nie znamy, a stosujemy tylko leczenie objawowe. Życie uczy, że wcale nierzadko limfocytowe zapalenie opon uważane jest za gruźlicze i ze szkodą przede wszystkim dla chorego bywa forsowanie leczone streptomycyną.

Bronisława Migdalska-Kassurowa

Zawiadamiamy naszych Czytelników, **że brakujące numery mies.** „Pielęgniarka Polska" **z lat ubiegłych oraz nieoprawione roczniki za rok 1951** można nabyć w Wydziale Wydawniczym Zarządu Głównego Polskiego Czerwonego Krzyża, Warszawa, Mokotowska 14, za zaliczeniem pocztowym.

DR W. GŁOWACKI

O trwałości leków

(Dokończenie)

LEKI PŁYNNE I ROZTWORY

Leki płynne wszelkiego rodzaju należy przechowywać w naczyniach szklanych zawsze szczelnie zakorkowanych. Dotyczy to specjalnie płynów „lotnych“, jak eter, benzyna, spirytus itp.

Leki płynne tracą swoją wartość na skutek:

a. wyparowania; w mieszaninach i roztworach dotyczy to głównie rozpuszczalnika, czyli płynu, w którym rozpuszczone są substancje działające;

b. rozwoju flory bakteryjnej, w takich lekach zwłaszcza, których podstawę (rozpuszczalnik) stanowi woda.

Eter jest to związek chemiczny ,rozkładający się bardzo łatwo, dlatego też na eter do narkozy trzeba zwracać szczególną uwagę. Butelki z eterem muszą być napełnione pod samą szyjkę i niezwykle dokładnie zakorkowane. Jeżeli zauważymy, że zawartość nieotwieranej butelki zmniejszyła się, to tego eteru do narkozy używać już nie wolno. Eter do narkozy posiada na każdej butelce datę, do jakiego czasu nadaje się do użycia. W razie gdy zawartość świeżo otwartej butelki nie została od razu w całości spotrzebowana, można ją jeszcze użyć do narkozy, ale jedynie w ciągu najbliższych 24 godzin.

Fenol (kwas karbolowy) i jego roztwory, stosowane jako środki dezynfekujące, przybierają z biegiem czasu zabarwienie różowe aż do czerwonego, jednak nie tracą swoich wartości i zachowują zdatność do użycia.

Roztwory adrenaliny świeżo przygotowane są bezbarwne. W miarę upływu czasu stają się żółtawe, różowe, a wreszcie ciemnoczerwone. Dopóki roztwory adrenaliny mają zabarwienie żółtawe lub słabo różowe — można je jeszcze użyć, ciemniejsze natomiast tracą zupełnie swoją wartość.

Roztwory jodku potasowego **(kalium jodatum)** mogą w pewnych okolicznościach zabarwić się na żółto lub różowo. Roztwory w ten sposób zmienione do użytku się nie nadają.

Świeżo przyrządzone roztwory jodoformu w eterze, kolodium lub oleju mają kolor jasnożółty, który po pewnym czasie zmienia się na czerwonobrązowy. Roztwory tak zmienione do użycia się nie nadają. Dotyczy to również często używanego środka kontrastowego, zawierającego jod, znanego pod nazwą LIPIODOL lub JODIPIN.



Roztwory nadmagnianu potasowego **(kalium hipermanganicum)** ulegają dość szybko rozkładowi, tracą swą wartość i nie powinny być używane po dłuższym staniu.

Roztwory sublimatu 1:1000 **(Hydrargyrum amidatobichoratum)** barwione są sztucznie — celem łatwego ich rozpoznawania — za pomocą fuksyny (czerwony barwnik anilinowy). Barwnik ten po jakimś czasie tworzy z sublimatem nierozpuszczalny związek, który opada na dno butelki, na skutek czego roztwory te tracą barwe i stają się słabsze.

Roztwory związków chlorowych — antyforminy, chloraminy, chlorku wapnia itp. — są nietrwałe wobec łatwego odczepiania się chloru. Z tego względu działanie ich dość szybko ulega osłabieniu. Aby umożliwić ulatnianie się chloru gazowego, należy butelki z roztworami tego rodzaju zamykać zwykłymi korkami parafinowanymi lub korkami gumowymi. W razie stosowania nieprzepuszczalnych korków szklanych nagromadzony chlor może butelkę łatwo rozsadzić. Rozkładowi związków chlorowych zapobiega przechowywanie ich w chłodzie, w ciemnych butelkach, nieprzepuszczających światła.

Woda ołowiana **(aqua plumbi)** pod wpływem kwasu węglowego (dwutlenku węgla), znajdującego się w powietrzu, przybiera zabarwienie mleczne. To jednak nie wiele zmienia wartość tego środka i można go nadal stosować.

Woda utleniona **(hydrogenium peroxydatum)** po pewnym czasie staje się zwykłą wodą, tracąc tlen, który jako gaz gromadzi się w butelce. W ten sposób — oczywiście — traci całą swoją wartość. Wodę utlenioną należy przechowywać tak, jak związki chlorowe.

MIKSTURY

Wszelkiego rodzaju mieszanki leków płynnych obliczone są z reguły na szybkie zużycie, najwyżej w ciągu 2—3 dni. Po dłuższym czasie na ich podłożu rozwijają się pleśnie, rozpoczyna się proces fermentacji, względnie składniki ich ulegają przemianom chemicznym. Trwałość mieszanek do użytku wewnętrznego można porównać z potrawami, które powinno się do spożycia przygotowywać zawsze świeżo.

Niektóre składniki mieszanek nie rozpuszczają się w wodzie i,

albo pływają na wierzchu, albo też opadają na dno butelki. W tym wypadku aptekarz przykleja nalepkę „Przed użyciem wstrząsnąć", aby nierozpuszczalne składniki równomiernie w wodzie rozprowadzić. W ten sposób zapobiega się możliwości wypicia od razu całej ilości nierozpuszczalnego



składnika bądź przy pierwszej, bądź też ostatniej porcji lekarstwa.

NAPARY, ODWARY, KLEIKI

Tego rodzaju wodne wyciągi roślin są bardzo nietrwałe. Obok substancji działających zawierają one również różne inne składniki, pochodzące z roślinnego surowca, które przeszły do roztworu w czasie naparzania, gotowania, względnie maceracji. Trwałość naparów, odwarów i kleików wynosi zaledwie 3—4 dni.

ULEPKI I SYROPY

Ze względu na wysoką zawartość cukru oraz substancji roślinnych, ulepki i syropy bardzo łatwo stają się pastwą drobnoustrojów. Nic więc dziwnego, że bardzo często ulegają fermentacji względnie pokrywają się pleśnią. Zepsuciu się tych leków można zapobiec, wlewając je do małych butelek, szczelnie zamykanych, które należy przechowywać zawsze w chłodnym miejscu.

EMULSJE

W zasadzie emulsje są krótkotrwałą postacią leku, względnie szybko bowiem zachodzi w nich oddzielanie się składników, przy czym cięższy składnik układa się na dnie naczynia, lżejszy zaś stanowi warstwę górną. Jeżeli po wstrząśnięciu składniki ulegną równomiernemu rozproszeniu — czyli zemulgują — emulsja nadaje się do użycia, w przeciwnym razie — nie.

Obecność białka lub cukru skraca czas zdatności emulsji, gdyż przyśpiesza rozkład lub fermentację.

Emulsję należy przechowywać w miejscu chłodnym, chronionym od światła. Przed użyciem zaś należy ją dobrze wstrząsnąć.

KROPLE

Leki w tej postaci stanowią zazwyczaj roztwory wodne, względnie przetwory spirytusowe.

Roztwory wodne, np. k o d e i n y, p a n t o p o n u itd., są z reguły lekami nietrwałymi. Dotyczy to również kropli do oczu, które zawsze są roztworami wodnymi. Mogą być używane niedługo, do czasu zjawienia się w nich jakichkolwiek strątów, osadów lub pleśni na ich powierzchni.

Z przetworów alkoholowych — **tinctura, extracta fluida, solutiones** — przy niedość szczelnym zamykaniu butelek łatwo ulatnia się spirytus, wobec czego lek ulega większemu zagęszczeniu, koncentracji, i tym samym wykazuje silniejsze działanie. Szczególną uwagę zwracać należy na **solutio nitroglycerini.** Równocześnie w dolnej warstwie kropli tworzą się czasem stręty i osady, które świadczą o zepsuciu leku.

Przetwory te — **tinctura, extractum** — przeważnie nierozcieńczone, wchodzą w skład różnego rodzaju kropel. Na ogół są to środki nie psujące się. Jedynie wytrącanie się z nich obfitego osadu świadczy o niezdatności do dalszego użytku. Ze względu na zawartość alkoholu należy je przechowywać w chłodzie, w butelkach szczelnie zakorkowanych.

PŁYNY DO WSTRZYKIWAŃ

Zanim przystąpimy do wykonania zastrzyku, obojętnie jakiego — pod skórę, domięśniowo czy dożylnie, musimy zwrócić uwagę na dwa niezmiernie ważne momenty:

1) Czy płyn, jaki mamy wstrzyknąć, nie zawiera jakiegoś osadu, nierozpuszczalnych strątów, zanieczyszczeń i tp.?

Płynu, zawierającego podobne stręty, w żadnym razie wstrzykiwać nie wolno, ponieważ spowodować może zatory na drodze krwionośnej, względnie ropnie w miejscu wprowadzenia do ustroju. Aby przekonać się, czy dany płyn jest klarowny, należy go wstrząsnąć i obserwować bądź pod światło, bądź na ciemnym (najlepiej czarnym) tle.

Często się zdarza, że roztwory nasycone, np. 10% **calcium gluconatum, 66% glucosa,** i in., w czasie ampułkowania i zaraz po oddaniu przez fabrykę do handlu pozostają klarowne, jednak po pewnym czasie, zwłaszcza, gdy leżą w niższej temperaturze, z roztworów wytrąca się osad. Takich ampułek jednakże nie odrzucamy, lecz wkładamy do wody (podłożyć nieco papieru lub ligniny!) i podgrzewamy wolno do temperatury ciała; zawartość ampułki powinna stać się znów klarowna, gdyż osad przejdzie do roztworu.

2) Czy dany płyn faktycznie został wyjałowiony?

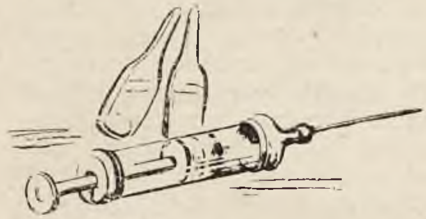
Niebezpieczeństwo w następstwie wstrzyknięcia choremu płynu niewyjałowionego (niesterylizowanego) jest bardzo groźne, zważywszy na możliwość ogólnego zakażenia ustroju. Należy pamiętać, że bogata w składniki białkowe krew stanowi doskonałe podłoże dla rozwoju drobnoustrojów, ustrój zaś nie zawsze nadążyć może z wytworzeniem dostatecznej ilości przeciwciał, które by go obroniły przed rozwijającą się infekcją.

Niezwykle ważną sprawą jest ostrożność przy naciąganiu płynów injekcyjnych do strzykawek. O tym, że strzykawka i igła muszą być wyjałowione, przypominać nie trzeba. Chodzi raczej o podkreślenie, że naciągając płyn do wstrzyknięcia z większej butelki, należy to czynić możliwie jak najprędzej; że zdjąwszy z butelki korek, nie wolno go kłaść na stół końcem wewnętrznym, tj. wystającym do światła butelki i

stykającym się z płynem w butelce, lecz jedynie końcem zewnętrznym. Inaczej bowiem, z pewnością przeniesie się drobnoustroje ze stołu i zanieczyści nimi płyn w butelce. Po kilku (3—4) pobraniach płynu z większej butelki, należy go oddać do ponownego wyjałowienia. Ostatnio zresztą coraz rzadziej używa się większych butelek do przechowywania płynów injekcyjnych. Nowoczesna technika farmaceutyczna wprowadziła do użytku bardzo praktyczne korki gumowe („fiolki"), które po zmyciu środkiem dezynfekującym przekłuwa się igłą, oraz znane powszechnie ampułki szklane, zawierające ilość płynu, wystarczającą do jednorazowego stosowania. Rzecz oczywista, że ampułek uszkodzonych lub pękniętych używać już nie wolno!

Otwierając ampułkę, najpierw odprowadzamy jej zawartość do szerszej części ampułki, następnie przecieramy jej szyjkę spirytusem lub innym środkiem dezynfekującym, a wreszcie ampułkę otwieramy, posługując się ostrożnie pilniczkiem, dzięki czemu szkło się nie rozsypryskuje. Nie wolno otwierać ampułek, rozbijając szyjkę jakimś tępym przedmiotem — np. nożyczkami, jak się to często dzieje, albo rozgniatając szyjkę w fałdach fartucha itp. Jest to rzecz niedopuszczalna, ponieważ grozi niebezpieczeństwem wprowadzenia do ampułki drobniutkich odprysków (zakażonego!) szkła, które z kolei można wciągnąć do strzykawki.

Nieraz zadajemy sobie pytanie: jak długo płyn w szczelnej ampułce utrzymuje swoją zdatność użytkową, czyli, innymi słowy, jak długo można przechowywać ampułki, mając pewność, że nie nabrały jakichś ujemnych właściwości. Otóż, w zasadzie, płyn dobrze przygotowany i wyjałowiony, w ampułkach z obojętnego szkła, zachowuje trwałość nieograniczoną i nawet po kilku latach nadaje się do użytku. Na-



tomiast płyny wrażliwe na odczyn zasadowy (np. alkaloidy), zamknięte w ampułkach ze szkła alkalicznego, po pewnym czasie ulegają zepsuciu, co objawia się w postaci nierozpuszczalnego osadu, płyny zaś niewrażliwe nie tracą swej wartości i po dłuższym przechowywaniu w szkle alkalicznym wykazują jedynie nieco większą bolesność przy zastrzykach podskórnych i domięśniowych.

Istnieją również — jak wiemy — ampułki, zawierające proszki, które wstrzykuje się dopiero po rozpuszczeniu w wodzie sterylizowanej lub w specjalnym rozpuszczalniku z osobnej ampułki. Środki te przechowuje się w oddzielnych ampułkach dlatego, że ich roztwory są nietrwałe. Substancje te są zazwyczaj bardzo wrażliwe na działanie powietrza. Jeśli zauważymy, że wygląd takiego proszku zmienił się na skutek niedostatecznej szczelności ampułki, lek należy odrzucić, jako nie nadający się do użycia. Najczęściej widzimy to przy NEOSALVARSANIE. Jeśli kolor żółty, właściwy neosalvarsanowi, zmieni się na ciemnobrązowy — świadczy to, że związek ten uległ rozkładowi, i że nie należy go używać.

Leki o ograniczonym terminie ważności

Do tej grupy środków zaliczamy:

— antybiotyki (np. penicylina, streptomycyna itd.),

— eter do narkozy,

— preparaty bakteryjne (np. szczepionki),

— preparaty hormonowe,

— preparaty z narządów zwierzęcych (organopreparaty — wyciągi z wątroby, nerek, mięśni, insulina itp.),

— preparaty witaminowe,

— surowice.

Na opakowaniu środków tego rodzaju znajduje się zawsze „data ważności", która wskazuje, jak długo dany preparat nadaje się do użytku. Leki przeterminowane, tj. po upływie daty ważności mogą być stosowane jedynie po przeprowadzeniu odpowiednich analiz i badań, które potwierdzą aktualną zdatność leku do użycia.

W. W. Głowacki

KOLEŻANKI!

Nadsyłajcie do Kroniki wiadomości z terenu Waszej pracy

W świetle nauki Pawłowa

N. N. Ziemskow, asystent kliniki kijowskiej, podaje kilka szczegółów z pielęgnowania chorób chirurgicznych, jako wyraz zastosowania nauki Pawłowa w codziennej praktyce szpitalnej

WIELKI fizjolog rosyjski I. P. Pawłow wykazał, **że najważniejszą** rolę w rozwoju i przebiegu wszelkich czynności żywego ustroju, tak fizjologicznych jak patologicznych, odgrywa układ nerwowy, a przede wszystkim kora mózgowa. Dowiódł on również, że wymienione życiowe przejawy ustroju zależą niewątpliwie od otaczającego środowiska zewnętrznego.

Dzięki nauce Pawłowa medycyna dzisiejsza nie uważa już schorzeń chirurgicznych za sprawy tylko miejscowe, lecz każdą chorobę traktuje jako ogólne schorzenie ustroju ze szczególnymi objawami miejscowymi. Z nauki Pawłowa wynika, że od stanu ośrodkowego układu nerwowego zależą wyniki zabiegów operacyjnych i przebieg okresu pooperacyjnego. Zdaniem chirurgów operacja jest tylko jedną połową leczenia, drugą zaś połowę stanowi pielęgnowanie chorego. Odpowiednie pielęgnowanie gra bardzo ważną rolę, zważywszy, że choroba sama, a zwłaszcza zabieg operacyjny są dla chorego dużym wstrząsem fizycznym i psychicznym. Pielęgnowaniem zajmuje się przede wszystkim średni i młodszy personel medyczny.

Pierwsze zetknięcie chorego z personelem medycznym ma miejsce już na wstępie do szpitala — w izbie przyjęć. Pierwsze wrażenie powinno wzbudzać zaufanie chorego i wiarę, że tu zostanie ze swojego cierpienia uleczony. Jeśli w izbie przyjęć panuje nieład, brud i nieporządek, w chorym budzi się uczucie wstrętu, obawy i oburzenia. Pacjent traci zaufanie do zakładu leczniczego, ponieważ zdaje sobie sprawę, że leczenie w takim zakładzie nie może być pełnowartościowe, gdyż nie ma tu — jak widzi — dobrze wyszkolonego personelu medycznego.

Zupełnie inne wrażenie sprawia na chorym starannie utrzymany ogródek przed szpitalem, widok kwiatów na klombach, oczyszczone ścieżki, ławeczki, na których może odpocząć, estetycznie urządzona poczekalnia, gdzie wiszą obrazy, plakaty, regulaminy szpitalne itp. Chory zapoznaje się na wstępie z porządkiem dnia szpitalnego, dowiaduje się o trybie przyjmowania i wypisywania pacjentów, o godzinach informacji lekarskich, o czasie odwiedzin, o porze przyjmowania listów i paczek od rodziny itp. Tu spotyka go troskliwy personel medyczny i w sposób kulturalny i grzeczny, dokładnie i uprzejmie odpowiada na wszystkie zapytania. Do takiego zakładu leczniczego chory od razu nabiera zaufania i zapisuje się przeświadczony, że zostanie na pewno wyleczony.

Jeszcze bardziej odpowiedzialną pracę ma personel medyczny na oddziale szpitalnym, gdzie całą swoją uwagę musi skupiać nad zapewnieniem choremu jak najlepszych warunków pobytu, a przede wszystkim — spokoju fizycznego i psychicznego.

Na oddziale powinno być czysto i przyjemnie dla oka: bielizna czysto uprana i wyprasowana, łóżko starannie posłane.

Wielki wpływ na samopoczucie chorego wywiera c i s z a s z p i t a l n a. Jak źle czuje się chory, przyjęty na oddział chirurgiczny, gdzie czeka go operacja, gdy słyszy głośne rozmowy, śmiechy i sprzeczki personelu medycznego, trzaskanie drzwiami na korytarzu, hałas przesuwanych krzeseł, brzęk i łoskot naczyń w kuchence lub basenów w ubikacji, gdy jęczą chorzy, leżący obok i gdy z sali operacyjnej lub opatrunkowej dochodzą krzyki i narzekania.

Zdarza się czasem, że personel chodzi niedbale, a nawet niechlujnie ubrany, w brudnych fartuchach, krótkich, nie pozapinanych, w niestarannie nałożonych czepkach itp.

Wszystko to robi na chorych bardzo złe wrażenie, ponieważ dla chorych rzeczą najważniejszą jest c i s z a, c z y s t o ś ć i p o r z ą d e k, jako zasadnicze elementy pielęgnowania.

Bardzo ważne miejsce w pielęgnowaniu chorych zajmuje s p r a w a ż y w i e n i a. Z doświadczeń Pawłowa wynika niezbicie, że nerwowo - psychiczny stan człowieka oraz wygląd, smak i zapach jedzenia działają poprzez korę mózgową na proces trawienia i w różny sposób zmieniają stopień przyswajania pokarmów. Jedzenie niesmaczne, zimne i nieestetycznie podane, niemiłe dla chorego otoczenie, momenty zdenerwowania i podniecenia — wszystko to hamuje procesy trawienia.

Rozmaite pokarmy przechodząc przez przewód pokarmowy w różny sposób podrażniają odpowiednie zakończenia nerwowe. Podrażnienia te udzielają się ośrodkowemu układowi nerwowemu, korze mózgowej, a stąd biegną bodźce do gruczołów trawiennych w poszczególnych odcinkach przewodu pokarmowego. Z tego wynika, że specjalny dobór artykułów spożywczych stanowi fizjologiczną podstawę dla każdej diety leczniczej.

Szczególnej uwagi wymaga dieta przed i pooperacyjna, zwłaszcza dla chorych przed operacją brzuszną. Po operacjach tego rodzaju dość często zdarza się atonia jelit. Jak wiadomo dieta ciężkostrawna powoduje obfite wypełnienie jelit masami kałowymi, a jednocześnie zawiera w sobie mało łatwoprzyswajalnych składników odżywczych. W pooperacyjnej atonii jelit występuje zastój pokarmu i szybko postępują procesy rozkładu — fermentacji

i gnicia. Zjawiają się bardzo przykre dla chorego wzdęcia brzucha, które ogromnie komplikują przebieg pooperacyjny. Dieta pooperacyjna powinna być wysokokaloryczna i łatwostrawna.

Osobnego omówienia wymaga sprawa przygotowania do operacji. Chory odpowiednio przygotowany lepiej znosi nie tylko sam zabieg, lecz także i okres pooperacyjny. Momentem bardzo istotnym jest przygotowanie psychiczne. Chory musi wierzyć w skuteczność i konieczność zabiegu, musi być przeświadczony, że operacja nie przyniesie mu szkody, i że w czasie zabiegu nie będzie czuł bólu. Musi mieć zaufanie do lekarza i personelu pielęgniarskiego. W przygotowaniu psychicznym bierze udział cały personel medyczny, od lekarza do sanitariuszki, przy czym troskliwa i wnikliwa praca nad chorym daje niewątpliwie bardzo dobre rezultaty.

Chory nie musi wiedzieć wszystkiego o stanie i istocie swojego schorzenia. Dlatego też nie należy rozprawiać z chorym na ten temat, ani — co gorsza — doradzać inne metody leczenia niż te, jakie stosuje ordynujący lekarz. Nie wolno podrywać autorytetu lekarza, gdyż w ten sposób chory traci zaufanie, co bardzo szkodliwie wpływa na przebieg leczenia. Trzeba podtrzymywać w chorym wiarę w operację i chirurga. W rozmowach z chorym, albo z personelem w obecności chorych, należy być bardzo ostrożnym, czasami bowiem nieopatrznie wypowiedziane słowo może wyrządzić choremu dotkliwą krzywdę, choćby np. w formie jakiejś choroby urojonej, sprawy bardzo trudnej do wyleczenia. Zawsze należy pamiętać, że chorzy bardzo uważnie podchwytują każde nasze słowo, każde spojrzenie...

Przed operacją chory powinien być zupełnie spokojny. Aby dobrze spał w nocy, można stosować środki nasenne. Pacjentom nerwowym lub podnieconym należy podawać leki uspokajające i nasenne w ciągu kilku dni przed operacją.

Pole operacyjne należy przygotowywać według określonego planu, spokojnie, dokładnie i nie w nocy. Powtórne czy uzupełniające golenie na stole operacyjnym jest niedopuszczalne!

Sprawa proszenia chorego na zabieg do sali operacyjnej stanowi moment o dużym znaczeniu psychologicznym. Nie można tego powierzać sanitariuszce. Na salę operacyjną powinien chorego prosić lekarz lub pielęgniarka. Należy to czynić umiejętnie, ze spokojem, delikatnie a jednocześnie stanowczo, aby chorego nie przerażać. Nie wolno wprowadzać na salę operacyjną następnego pacjenta dopóty, dopóki sala nie zostanie uprzątnięta po poprzednim zabiegu. Chory nie powinien widzieć zakrwawionych serwet i prześcieradeł, nie powinien słyszeć jęków i krzyków operowanych (czego zresztą w ogóle nie powinno być!), ani czekać dłuższy czas na zabieg w sali operacyjnej.

W okresie pooperacyjnym uwaga personelu powinna się skupiać na walce z bólem. Tu i ówdzie słyszy się czasem powiedzenie: „trudno, trzeba trochę pocierpieć, trochę cierpliwości, to przejdzie"... A przecież naszym obowiązkiem jest przede wszystkim uwolnić chorego od bólu. Mamy w tym celu dużo środków, o czym się często zapomina. Mamy aspirynę, pyramidon, analgetica, opium, morfinę, nowokainę, ciepło, zimno itp., a także — rzecz bardzo ważną — troskliwe pielęgnowanie. Każdy zabieg, każdy zastrzyk należy jak najdokładniej znieczulić. Wszelki ból trzeba w miarę możności usunąć. Na przykład przy wykonywaniu zastrzyków użycie watki z eterem działa bardzo skutecznie. Ból stanowi poważny czynnik, naruszający proces regeneracji tkanek i opóźniający zdrowienie.

Ostatnio coraz szerzej stosuje się leczenie snem, oparte na nauce Pawłowa. Często stosuje się to w leczeniu pooperacyjnym. Leczenie snem polega nie tylko na podawaniu choremu środków nasennych, lecz głównie na stworzeniu warunków zapewniających choremu absolutny spokój, na zlikwidowanie wszelkich hałasów na oddziale, na wyeliminowaniu wszelkich bodźców, mogących powodować rozdrażnienie, a nade wszystko — na bardzo starannym pielęgnowaniu.

Koniecznie należy zastanowić się jeszcze nad wzajemnymi stosunkami, panującymi wśród personelu medycznego, które są zwierciadłem organizacji, dyscypliny i porządku na oddziale. Chorzy nieraz mają okazję przysłuchiwać się kłótniom sanitariuszek przy obejmowaniu dyżuru, sprzeczkom pomiędzy sanitariuszkami i pielęgniarkami, albo ostrej wymianie zdań pomiędzy lekarzem a pielęgniarką. Obniża to bardzo autorytet personelu medycznego. Chorzy zaczynają wątpić w dokładność, słuszność i punktualność w wykonywaniu zleceń lekarskich, denerwują się często niepotrzebnie, a to utrudnia leczenie. Dlatego też stosunki pomiędzy personelem medycznym powinny układać się jak najlepiej, bowiem wzajemne traktowanie się świadczy najdobitniej o kulturze pracy zawodowej na oddziale.

L. B.

Przypomnienie opatrunku

KAŻDEJ ranie z reguły towarzyszy krwawienie. Niekiedy będzie to krwotok obfity, którego szybkie i dokładne opanowanie może być bezwzględnym warunkiem dla uratowania chorego.

Oczywiście w przypadku krwotoku jego zatamowanie jest kwestią zasadniczą i inaczej leczenia rozpoczynać nie wolno.

Nie będziemy się dłużej zastanawiać nad techniką tamowania krwotoków, nie jest to bowiem tematem naszych rozważań, a przejdziemy do kwestii prawidłowego zaopatrzenia rany już po ustaniu krwawienia, względnie przy jego niewielkim natężeniu.

W każdym wypadku pamiętać należy o zasadzie zabezpieczenia rany przed zakażeniem. Przed przystąpieniem do opatrunku powinno się oczywiście umyć ręce w gorącej wodzie; nie znaczy to jednak, że ręce nasze będą wolne od bakterii, dlatego też w miarę możności nie należy rany dotykać rękami.

Czynności zapobiegawcze sprowadzają się do skrupulatnego oczyszczenia i odkażenia otaczającej skóry. Jeżeli rana znajduje się na skórze owłosionej trzeba koniecznie zgolić włosy, pokrywszy uprzednio samą ranę kawałkiem wyjałowionej gazy. Przed goleniem brzytwa lub żyletka muszą być umoczone w roztworze antyseptycznym i zdezynfekowane. Ostrze brzytwy trzeba prowadzić w kierunku od rany na zewnątrz. Przy tego rodzaju goleniu nie używa się mydła, które zamyka otwory skórne i uniemożliwia tym samym przenikanie wgłąb środków antyseptycznych. Włosów nie oszczędzać, wycinać szeroko, pamiętając, że pozostawienie ich może choremu spowodować krzywdę. Dotyczy to przede wszystkim zranień głowy, drążących do kości. Nie trzeba się wówczas wahać przed całkowitym zgoleniem włosów na głowie.

Następnie oczyszcza się skórę wyjałowioną watą, nasiąkniętą spirytusem, nalewką jodową, roztworem zieleni brylantowej, merkurochromu itp. Czynność tę należy powtórzyć przynajmniej trzykrotnie.

Nie wolno natomiast samej rany przemywać roztworem antyseptycznym, bowiem drobnoustroje chorobotwórcze dostają się wraz z płynem do głębokich, ślepych, nieraz niedostrzegalnych dla oka zaułków, zagnieżdżają się tam i tworzą punkt wyjścia dla miejscowego lub ogólnego zakażenia. Przemywanie rany nie jest zabiegiem profilaktycznym, przeciwnie — wręcz ułatwia zakażenie rany.

Istnieją zranienia zakażone np. drobnoustrojami beztlenowymi wywołującymi zgorzel gazową, przy których stosuje się co prawda przemywanie tkanek roztworami silnie utleniającymi. Są to wszakże wypadki specjalne, nie podrywające ogólnie przyjętej zasady.

O wiele szkodliwsze jest przemywanie rany, jeśli wykonywa się je wyciskając płyn antyseptyczny z gazika czy kawałka waty, trzymanych w brudnej ręce.

Po odkażeniu skóry w otoczeniu przystępujemy do zasadniczego opatrzenia rany, pokrywając ją kilkoma warstwami jałowej gazy oraz ligniny. Jeżeli dysponujemy proszkiem sulfamidowym lub penicylowym można nim ranę przysypać, jeśli jednak proszek taki zawiera dużo talku, to wprowadzenie go do rany jest niepożądane. Gazę umocowuje się do skóry za pomocą plastra, mastizolu lub opaski. W razie widocznego zanieczyszczenia rany nie trzeba silić się na dokładne jej oczyszczenia; wystarczy usunięcie ciał obcych luźno sterczących w ranie i pokrycie jej jałowym materiałem opatrunkowym. *Ciał obcych, mocno tkwiących w ranie nie usuwa się, ponieważ próby usunięcia ich skończyć się mogą obfitszym krwotokiem.* Nie wiemy przecież czy to ciało obce nie tamponuje przypadkiem naczynia krwionośnego.

W podobnych razach należy rannego bezwzględnie przesłać do zakładu leczniczego w celu ostatecznego chirurgicznego opracowania rany.

Najlepszym materiałem opatrunkowym jest oczywiście jałowa biała gaza i biała wata higroskopijna. W warunkach ulicznych lub w zakładach pracy, rozmieszczonych na dużej przestrzeni, szybki dostęp do takiego materiału może być utrudniony. Wskazane jest zatem, by personel medyczny posiadał zapas opatrunków indywidualnych. Opatrunki takie używane są także w warunkach wojennych.

Opatrunek indywidualny składa się z wyjałowionego bandaża z dwiema poduszeczkami z waty i gazy, z których jedna jest przyszyta do końca bandaża, drugą zaś można dowolnie przesuwać w zależności od miejsca zranienia. Bandaż z poduszeczkami zawinięty jest w papier pergaminowy i umieszczony w gumowym futerale otoczonym pokrowcem z impregnowanego materiału. To kilkuwarstwowe opakowanie zabezpiecza opatrunek przed zanieczyszczeniem, a jednocześnie służyć może jako materiał uszczelniający np. w zranieniach klatki piersiowej powikłanych otwartą odmą opłucnową.

Sposób używania opatrunku indywidualnego ilustrują poniższe ryciny na str. 19.

Jeżeli nie dysponujemy opatrunkiem indywidualnym, musimy z konieczności uciec się do materiału improwizowanego na prędce. Najlepiej do tego celu nadają się tkaniny białe, czyste chustki, serwety, prześcieradła itp. W celu uzyskania możliwie jak naj-


OPATRUNEK INDYWIDUALNY
1
OPATRUNEK INDYWIDUALNY
2
OPATRUNEK INDYWIDUALNY
3
4
5
6
7
8
9

lepszej czystości tkaninę taką należy przeprasować gorącym żelazkiem z obu stron, na czystym — uprzednio również przeprasowanym — prześcieradle. Miejsce przylegania tkaniny do rany należy następnie zmoczyć w czystym spirytusie względnie, z braku takowego, w wódce lub nalewce jodowej. Aby nie sprawiać choremu bólu i nie pogłębiać w ten sposób być może istniejącego szoku (wstrząsu pourazowego), lepiej jest poczekać aż tkanina wyschnie i dopiero wtedy pokryć nią ranę

Pozostaje tylko przymocować tkaninę do rany za pomocą opaski, bandaża, również przygotowanego na prędce z białej tkaniny.

Po założeniu opatrunku na ranę, miejsce urazu należy z zasady unieruchomić, niezależnie od tego czy mamy do czynienia z uszkodzeniami kości czy też nie. Zrozumiałe, że w przypadkach złamań zamkniętych, uruchomienie stanowi najważniejszą czynność terapeutyczną.

Po założeniu opatrunku unieruchomiającego, jeśli nie ma przeciwwskazań, chory w zasadzie nadaję się do transportu — do ewakuacji do zakładu leczniczego.

Należy jeszcze wspomnieć o zapobiegawczym wstrzyknięciu surowicy przeciwtężcowej, a także przeciw zgorzeli gazowej w przypadkach zranień na ulicy lub polu, przy ranach zanieczyszczonych ziemią ogrodową, w rozległych ranach miażdżonych itp.

Jak z powyższego wynika, każdy opatrunek, a zwłaszcza opatrunek pierwotny wymaga wielu celowych i pedantycznie dokładnie wykonanych czynności. Opatrunek pierwotny jest wstępem do leczenia, więc w zależności od tego, jaki będzie wstęp, takich i należy oczekiwać wyników.

Pozostaje do omówienia końcowy, lecz bardzo ważny obowiązek pracownika służby medycznej, który udzielił pomocy w nagłym wypadku — *prawidłowe udokumentowanie udzielonej pomocy.*

Dokumentacja jest również ważnym szczegółem pierwszej pomocy, zwłaszcza w przypadkach nagłych, które będą transportowane następnie na większe odległości. Dla zakładu leczniczego może się okazać niezwykle cennym dokument, stwierdzający personalia chorego, okoliczności wypadku, charakter zranienia, natężenie krwawienia, godzinę założenia krępulca, ilość i sposób podania surowicy itd. Dane te winny być podpisane czytelnie przez udzielającego pomocy. Prawidłowo zebrane dane są nawet ważnym dokumentem prawnym.

Na zakończenie, kilka słów o zachowaniu się pracownika służby zdrowia w razie wypadku i konieczności udzielenia pomocy, kiedy nie ma ani materiału opatrunkowego ani narzędzi itd. W życiu na każdym kroku zdarzają się takie okoliczności: na ulicy, w katastrofie kolejowej czy samochodowej, w razie pożaru, powodzi itp.

Od pracownika służby zdrowia wymaga się w takich razach spokoju i opanowania oraz działania zdecydowanego i celowego.

Przede wszystkim należy szybko zorientować się w sytuacji, zlikwidować w zarodku panikę, jaka niewątpliwie towarzyszy każdemu nieszczęściu, i objąć kierownictwo akcji ratunkowej, wykorzystując wszelką możliwą pomoc zarówno fachową jak i przypadkową. W razie, gdy przy wypadku jest lekarz, średni i młodszy personel medyczny powinien bezwzględnie podporządkować się starszemu koledze i spełniać natychmiast jego polecenia.

Jeżeli kogoś z czytelników zainteresował omawiany przez nas temat i chciałby pogłębić swoje wiadomości z tej dziedziny, odsyłamy go do następujących podręczników:

M. S. ICHTEJMAN — Podręcznik dla pielęgniarek.

J. KOSSAKOWSKI — Podstawowe wiadomości z chirurgii dziecięcej.

M. MARGOLINA — Podręcznik wyszkolenia sanitarnego I stopnia.

J. RUTKOWSKI — Nauka o opatrunkach.

K. Ł.

Dokształcanie pielęgniarek



Wolna Trybuna

Dokształcenie się decydujące o rozwoju człowieka powinno mu towarzyszyć przez całe życie.

Jest rzeczą oczywistą, że istnieje różnica zasadnicza między procesem dokształcania się przypadkowego, którego proces jest w dużym stopniu zależny od okoliczności życiowych, a systematycznym pogłębianiem wiedzy i umiejętności, w drodze planowego szkolenia zawodowego.

Różnice są tu głębokie, a osiągnięcia szkolenia metodycznego w porównaniu z doszkalaniem dorywczym bezwzględnie wyższe. Wartość doszkolenia prowadzonego sytematycznie i planowo nie wymaga uzasadnienia.

Nasze Ludowe Państwo szeroko rozwija i popiera akcję planowego doszkalania pracowników wszystkich rodzajów i gałęzi zawodowych, jako podstawę dla słusznego i racjonalnego awansu społecznego.

Doszkalanie mające na celu podniesienie poziomu zawodowego i ideologicznego, posiada, z wielu względów, specjalną wagę w zawodzie pielęgniarskim.

Na zawodzie tym ciąży bowiem obowiązek zapewnienia chorym najlepszej opieki pielęgniarskiej, wymaga wysokiej świadomości ideologicznej przy wykonywanej pracy.

Dokształcenie jest konieczne z uwagi na niejednolity, a po części niedostateczny, poziom kadr pielęgniarskich: duży stosunkowo procent sił przyuczonych praktycznie oraz liczny zastęp młodszych pielęgniarek wymagających jeszcze doszkalania celem osiągnięcia właściwego poziomu zawodowego.

Obowiązek doszkalania spoczywa także i na pielęgniarkach, które otrzymały wyszkolenie najwyższej jakości, istnieją bowiem zagadnienia, które nie mogą być przyswojone w ramach zasadniczego, podstawowego szkolenia zawodowego oraz wymagają opanowania praktycznego. Ponadto, każda pielęgniarka potrzebuje od czasu do czasu odświeżenia wiadomości, zwłaszcza, gdy po dłuższym okresie przechodzi do innego działu lecznictwa i podejmuje pracę w nowej gałęzi zawodowej; doszkalanie jest konieczne z uwagi na nowe środki i metody leczenia, doszkalania wymaga także specjalizacja w zakresie poszczególnych działów leczenia oraz specjalizacja techniczna, akcje specjalne jak np. krwiodawstwo i przetaczanie krwi, zagadnienia związane z higieną i bezpieczeństwem pracy. Dalej, z koniecznością doszkalania związana jest, nieruszona dotąd, sprawa przygotowania pielęgniarek do zadań propagatorek i nauczycieli zdrowia w społeczeństwie. Słowem, jeżeli zawód pielęgniarski ma dotrzymać kroku na drodze do dalszego postępu i rozwoju wiedzy medycznej, stałe systematyczne doszkalanie jest konieczne.

Metody doszkalania zawodowego pielęgniarek mogą być różne.

Na ich różnorodność składają się poszczególne rodzaje szkolenia, poczynając od instruktarzu i narad roboczych, a kończąc na krótko i długoterminowych kursach oraz kursach wyższego stopnia, jak np. kursy dla kandydatek na stanowiska kierownicze i kursy dla instruktorek szkół pielęgniarstwa. Nie będę tu mówić o kursach wyższego stopnia oraz kursach poprzedzających egzamin pań stwowy, przewidzianych przez Ministerstwo Zdrowia. Działalność dydaktycz na związana z dokształcaniem średniego personelu medycznego, jest akcją długofalową, wymagającą starannego przygotowania.

Przede wszystkim więc prace wstępne, poprzedzające planowanie akcji muszą być oparte na szczegółowej i dokładnej ewidencji pielęgniarek, zatrudnionych w poszczególnych województwach, według placówek i powiatów, z uwzględnieniem wykształcenia ogólnego i przygotowania zawodowego. Ewidencja ta jest w toku.

Następnie powinna być ustalona:

a) lista pielęgniarek wymagających długofalowego szkolenia na bazach szpitalnych i bazach szkoleniowych lecznictwa otwartego oraz rodzaj i kolejność tego szkolenia odpowiednio do istniejących warunków i potrzeb;

b) lista osób wymagających szkolenia uzupełniającego w poszczególnych działach lecznictwa i specjalnościach;

c) lista personelu doszkalanego metodą instruktarzu indywidualnego i grupowo na naradach roboczych i zebraniach dyskusyjnych, która obejmować powinna wszystkie pielęgniarki zespołu.

Poszczególne elementy szkolenia wymagają tu omówienia.

BAZY SZKOLENIOWE

Należy wybrać lub zorganizować na terenie województw ośrodki szpitalne i lecznictwa otwartego, które z uwagi na swój wysoki poziom mogą być wzięte pod uwagę jako ośrodki szkoleniowe. Do tych celów nadają się przede wszystkim ośrodki kliniczne Akademii Medycznych oraz posiadające odpowiedni poziom, wojewódzkie odddziały szpitalne i ośrodki lecznictwa otwartego. W poszczególnych wypadkach będą się również nadawały na ten cel placówki powiatowe pod warunkiem, że odpowiadają ustalonym wymaganiom.

Ośrodki szkoleniowe winny być otoczone specjalną opieką i powinny posiadać:

a) odpowiedni poziom leczniczy,
b) należyte wyposażenie w sprzęt lekarski i pielęgniarski,
c) pracownie pomocnicze diagnostyczne,
d) odpowiednią liczbowo obsadę pielęgniarską, przystosowaną do instruktorskich zadań szko leniowych.

Należy mieć na uwadze, że nie każdy szpital, względnie placówka lecznictwa otwartego nadaje się na ośrodki szkoleniowe. Środowisko, w którym odbywa się szkolenie, wywiera nie tylko duży wpływ na poziom szkolenia zawodowego, lecz niewątpliwie w dużej mierze wpływa na późniejszą postawę pielęgniarki w pracy zawodowej. Dotyczy to zwłaszcza młodszych pielęgniarek, które odbywają staż bezpośrednio po ukończeniu kursu, a pielęgniarki te oraz pielęgniarki przyuczone stanowią zasadniczy element szkolony na bazach szpitalnych i lecznictwa otwartego.

Jest rzeczą oczywistą, że dla pielęgniarek, kierowanych do wzorowych baz szkoleniowych, muszą być przygotowane przy tych ośrodkach odpowiednie kwatery - internaty.

Opracowany przez Ministerstwo Zdrowia wzorcowy program dokształcania młodszych pielęgniarek, teoretycznie i praktycznie w ramach dwuletniego stażu zawodowego obejmuje całkowity plan, na którym powinno być bazowane pełne podstawowe wyszkolenie pielęgniarskie. Należy jednak pamiętać, że odpowiednie wyniki mogą być osiągnięte wyłącznie przy ścisłym przeprowadzeniu planu i racjonalnie zorganizowanych b a z a c h s z k o l e n i o w y c h.

Dokształcanie młodszych i przyuczonych pielęgniarek stanowi niezwykle p o w a ż n y p r o b l e m. Młodsze pielęgniarki stanowią bowiem główny trzon zawodu pod względem ilościowym, a włożony w organizowane dla młodszych pielęgniarek kursy, trud i wysiłek nie może być zmarnowany.

Jak o tym świadczą głosy z terenu, istnieją poważne trudności, związane z d o s z k a l a n i e m młodszych pielęgniarek, a dotyczy to zwłaszcza doszkalania w nieodpowiednio wybranych, mniejszych ośrodkach prowincjonalnych.

INSTRUKTARZ

Instruktarz, jako metoda, jest w akcji doszkalania pozycją kluczową zarówno na terenie ośrodków szkoleniowych, jak doszkalania bieżącego indywidualnie i grupowo.

Instruktarz posiada warunki specyficzne, sprzyjające szkoleniu. Starsza pielęgniarka, względnie instruktorka, na oddziale szpitalnym, czy placówce lecznictwa otwartego ma możność szkolenia na podstawie zaobserwowanych błędów; posiada za tym elementy pozwalające na indywidualne wyrównywanie zauważonych braków.

Do instruowania podczas pracy obowiązana jest k a ż d a wykwalifikowana pielęgniarka. Powinność ta ciąży jednakże przede wszystkim na starszych pielęgniarkach, zatrudnionych na oddziałach szpitalnych i placówkach lecznictwa otwartego, odpowiedzialnych za poziom fachowy i metody wykonywania pracy przez podległy im zespół.

Szpital posiada zasadnicze warunki znacznie dogodniejsze, o ile chodzi o szkolenie i doszkalanie personelu pielęgniarskiego, niż lecznictwo otwarte, pielęgniarki pracują bowiem w zwartej grupie, bezpośrednio pod kierunkiem pielęgniarki oddziałowej. Należy nadmienić, że szkolenie przy łóżku chorego jest podstawą zawodowego wyszkolenia pielęgniarskiego, że stanowi nieodzowną podbudowę dla pielęgniarstwa otwartego i powinno obejmować zasadniczo praktykę, uzupełnioną instruktarzem na następujących oddziałach: wewnętrznym, chirurgicznym, ginekologiczno-położniczym i dziecięcym.

Doszkalanie w zakresie lecznictwa otwartego jest znacznie bardziej skomplikowane, gdyż praca jest rozproszona i odbywa się na rozległym terenie, a nadzór, kierownictwo i instruktarz są w tych warunkach utrudnione. Jednym z ważnych odcinków w lecznictwie otwartym jest praca w rejonie, wymagająca dużego doświadczenia i wyrobienia ze strony pielęgniarki.

W lecznictwie otwartym trudno rozgraniczyć i określić, gdzie się kończy kierownictwo, a rozpoczyna nauczanie.

Jedną z ważnych czynności starszej pielęgniarki są jej wizyty z pielęgniarkami w terenie, w czasie których ma ona możność zaobserwowania metod pracy młodszej pielęgniarki i jej stosunku do człowieka. Na podstawie tych obserwacji powinny być korygowane usterki i błędy w technice i metodach pracy.

Pielęgniarka, która rozpoczyna pracę, powinna odbyć szereg odwiedzin w obecności pielęgniarki dyplomowanej, względnie doświadczonej koleżanki. Dotyczy to zwłaszcza pielęgniarek, które nie stykały się jeszcze z samodzielną pracą w terenie.

Prowadzenie instruktarzu wymaga dużego wyrobienia ze strony starszych pielęgniarek i instruktorek. Duży wpływ na wyniki tej działalności ma stosowanie właściwych metod dydaktycznych i odpowiedni sposób postępowania.

Podrywanie autorytetu młodszych lub gorzej wyszkolonych pielęgniarek przez robienie im uwag w obecności osób trzecich, a zwłaszcza chorych, jest niedopuszczalne. Byłoby również niewłaściwe robienie uwag w sposób szorstki i apodyktyczny. Ponadto między różnymi szczeblami w zawodzie pielęgniarskim nie mogą mieć miejsca antagonizmy. Młodszym pielęgniarkom o wiele łatwiej dobrze spełniać swoje zadania, o ile posiadają przyjemne zaplecze w postaci doświadczonej pielęgniarki, gotowej wkroczyć i przejąć na siebie odpowiedzialność w trudnych przypadkach oraz zapobiec pomyłkom.

Starsza pielęgniarka, względnie instruktorka, powinna być dostępna i bliska, tak aby młodsza, lub mniej doświadczona w zawodzie koleżanka chętnie się do niej zwracała w sprawach zawodowych, a nawet osobistych. Przyjacielskie stosunki stwarzają najlepsze warunki dla pracy zespołowej i instruktorskiej.

KURSY KRÓTKOTERMINOWE

Szkolenie na kursach powinno być organizowane bez większych przerw w pracy, w miarę możności w miejscu pracy. Oderwanie od pracy liczniejszej grupy pielęgniarek dla odbycia kursu przy braku sił zastępczych, dezorganizuje zajęcia w zakładzie leczniczym. Jedynym zatym wyjściem jest szkolenie w godzinach wieczornych.

W celu uniknięcia przeciążenia pracą uczestniczek kursów, co mogłoby się ujemnie odbić na wynikach, należałoby — moim zdaniem — prowadzić wykłady i ćwiczenia 3 — 4 razy w tygodniu, nie przekraczając każdorazowo 2-3 godzin dziennie. Trudniejsze do zrealizowania, lecz w wysokim stopniu celowe, jest uzupełnienie kursu przed odbycie 2 — 4 tygodniowej chociażby praktyki na wzorowo zorganizowanej placówce leczniczej, odpowiednio do indywidualnych potrzeb poszczególnych pielęgniarek, biorących udział w kursie. Dla uniknięcia trudności przeszkolenie to można przeprowadzić drogą czasowej wymiany pielęgniarki, która ma by6 szkolona, z koleżanką zatrudnioną na placówce, na której jest zaprojektowane szkolenie.

SZKOLENIE BIEŻĄCE

Inne metody szkolenia obejmują:

1) jednodniowe konferencje, uzupełnione pokazami zabiegów i ćwiczeń pod kierunkiem instruktorki, względnie starszej pielęgniarki;
2) miesięczne odprawy rejonowe w terenie, obejmujące jeden lub więcej powiatów;
3) odprawy wojewódzkie co pół roku lub co rok,

wspólne dla pielęgniarek lecznictwa otwartego i zamkniętego;

4) regularne, krótkie lecz częste odprawy robocze w poszczególnych zakładach opieki leczniczej zamkniętej i otwartej.

Na odprawach, zjazdach i konferencjach powinno się omawiać trudności w pracy, przeprowadzać wymianę doświadczeń, referować nowe zagadnienia i metody lecznicze. Wskazane jest uzupełnienie odpraw, względnie zebrań dyskusyjnych krótkich 15 — 30 minutowymi wykładami, wygłaszanymi przez lekarzy i pielęgniarki. Dobrze jest uzupełniać doszkalanie demonstracjami zabiegów. Nie należy także zapominać o stałym podnoszeniu poziomu przez instruktarz indywidualny. przeprowadzany przez starsze pielęgniarki oraz instruktorki w czasie wizytacji terenu.

Pielęgniarkom należy dostarczać odpowiednią lekturę fachową. W tym celu wskazane jest tworzenie, małych chociażby, lecz stale uzupełnianych bibliotek podręcznych wojewódzkich i regionalnych, uzupełnianych podręcznikami i broszurami z zakresu popularyzacji zagadnień związanych z ochroną zdrowia i higieną życia codziennego.

PROGRAMY

Programy związane z doszkalaniem nie mogą ograniczać się do strony fachowej, lecz powinny obejmować zagadnienia społeczne i ideologiczne.

W programach uwzględniać należy zarówno potrzeby terenu, jak braki i trudności zespołu pielęgniarskiego, nie można pominąć związanych z organizacją lecznictwa, zagadnień administracyjnych, sprawozdawczości oraz czynności rejestracyjnych. W programach powinny znajdować żywy oddźwięk nowe, wprowadzone do lecznictwa metody i środki. W skład programów powinny wchodzić demonstracje zabiegów, odpowiednie ćwiczenia i prace seminaryjne.

Pielęgniarki przyuczone, których stopień wykształcenia nie pozwala na przyswojenie sobie wiedzy fachowej, nieodzownej przy pełnieniu zawodu, powinny być doszkolone dodatkowo w zakresie wykształcenia ogólnego.

PLANOWANIE

Opracowanie planu szkolenia powinno być oparte na kolektywnej współpracy zespołu, szczególnie jest ważne, aby zachęcić pielęgniarki do wysuwania własnych projektów szkoleniowych, które byłyby odbiciem ich potrzeb. Wnioski te i projekty powinny być przedyskutowane na wspólnych naradach roboczych. Wskazane jest ponadto utworzenie na terenie województw k o m i t e t ó w s z k o l e n i o w y c h, składających się z osób wysuniętych przez poszczególne zespoły terenowe, a pracujących pod kierunkiem wojewódzkiej instruktorki szkoleniowej.

Należy nadmienić, że dotąd tylko w 9 województwach są zatrudnione specjalne instruktorki szkoleniowe. Bez uzupełnienia luk istniejących na tym stanowisku w poszczególnych województwach, trudno sobie wyobrazić przeprowadzenie systematycznej i metodycznej akcji doszkalania na tych terenach, zwłaszcza przy braku w większości powiatów instruktorek powiatowych.

Reasumując:

1) wszystkie pielęgniarki powinny zrozumieć konieczność systematycznego doszkalania się w zawodzie;
2) należy odpowiednio dobrać bazy dla doszkalania młodszych pielęgniarek;
3) racjonalnie przeprowadzić instruktarz fachowy;
4) organizować systematycznie kursy dokształcające;
5) szkolić po przez odprawy i zjazdy;
6) akcja doszkoleniowa winna być ściśle planowana z uwzględnieniem potrzeb wyrażonych przez same pielęgniarki.

Jadwiga Szlagowska

W SZKOLE I NA KURSIE

WARSZAWA

W dn. 19. I. 1952 r. odbyło się uroczyste wręczenie dyplomów w Państwowej Szkole Pielęgniarstwa Nr 3 w Warszawie, przy udziale przedstawicieli Min. Zdrowia, przedstawicielki Wydziału Organizacyjnego KC PZPR ob. Ludwikowskiej, przewodniczącego Wydziału Zdrowia SRN dr Pacho, przewodniczącego Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia dr Fiderkiewicza, wykładowców oraz zaproszonych gości.

Dyplomy otrzymało 49 absolwentek, spośród nich zaś 39 dawnych członkiń Związku, które jako salowe lub przyuczone pielęgniarki po uzupełnieniu nauk ogólno kształcących do wymaganego cenzusu 9 lat szkoły podstawowej — ukończyły pełny kurs, przewidziany dla państwowych szkół pielęgniarstwa.



Foto J. Karpiński

W przemówieniu swym dr Fiderkiewicz, przewodniczący ZZPSZ, podkreślił wielki wysiłek absolwentek w pokonaniu trudności w okresie nauki.

...„że będziecie dobrymi pielęgniarkami — powiedział dr Fiderkiewicz — to nie ulega żadnej wątpliwości, ale chodzi o to, abyście poza zajęciami zawodowymi brały czynny udział

w pracy społecznej w zakładach, w których będziecie pracowały. Wasz udział w naradach wytwórczych i pracach Rad Miejscowych na pewno przyczyni się do usprawnienia lecznictwa w szpitalach. Od Was, pielęgniarek, zależy w wysokim stopniu sukces lecznictwa, bowiem nikt, jak wy, nie styka się tak blisko z chorym".

Dyplomy z odznaczeniem otrzymały:

Irek Maria
Onyszko Bronisława
Szczawińska Irena
Szydłowska Helena
Sylwestrowicz Eugenia
Wesołowska Anna.

Wszystkie słuchaczki, członkinie Związku, otrzymały nagrody książkowe od Zarządu Głównego Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia.

Po części oficjalnej nastąpiła bardzo bogata część artystyczna w wykonaniu absolwentek i uczennic szkoły — recytacje, chór, tańce, i inscenizacja, poświęcona pamięci Włodzimierza Lenina.

*

WARSZAWA

W dn. 2 lutego rb. w Państwowej Szkole Pielęgniarstwa Nr. 2 w Warszawie odbyła się uroczystość wręczenia dyplomów 52 absolwentkom VI kursu, w obecności przedstawicieli Min. Zdrowia, KC PZPR, Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia oraz licznie zaproszonych gości.

Absolwentki, przed przystąpieniem do egzaminu dyplomowego, podjęły zobowiązania 10-lecia powstania Polskiej Partii Robotniczej — złożenia egzaminu z wynikiem co najmniej dobrym. Zobowiązanie to zostało w pełni wykonane, jak o tym świadczą wyniki egzaminu: 7 celujących, 18 bardzo dobrych i 27 dobrych.



Celujące oceny uzyskały następujące absolwentki, otrzymując nagrody książkowe od Komitetu Opiekuńczego Ministerstwa Przemysłu Ciężkiego, który opiekuje się szkołą:

Czerwińska Kazimiera,
Haraburda Jadwiga,
Kossakowska Maria,
Kozioł Helena,
Koch Alicja,
Krawczyk Danuta,
Szymańczuk Jadwiga.

Nowe pielęgniarki zasiliły kadry służby zdrowia otrzymując przydziały pracy do szkół pielęgniarstwa jako instruktorki, do przemysłu, szpitali MON oraz do Lecznicy Ministerstwa Zdrowia.

BIAŁYSTOK

Państwowa Szkoła Pielęgniarstwa w Białymstoku została nazwana im. Eweliny Szczęsnej Sawickiej, zasłużonej bojowniczki o socjalizm, byłego członka Komitetu Wojewódzkiego PPR i PZPR oraz kierownika Wojewódzkiego Ośrodka Szkolenia Partyjnego.

*

NOWY SĄCZ

Uczennica szkoły pielęgniarstwa wychodząc ze szkoły jako dyplomowana pielęgniarka musi poznać wszystkie działy pielęgniarstwa. Wiadomości te zdobywamy na oddziałach szpitalnych oraz w poszczególnych ambulatoriach specjalistycznych.

Jednym z działów naszej przyszłej pracy będzie pielęgniarstwo okulistyczne. Codzienna nasza praktyka w ambulatorium okulistycznym zaczyna się o godz. 10 rano i trwa do godz. 16. Taki rozkład godzin został przyjęty ze względu na umożliwienie leczenia chorych z poza Nowego Sącza. Ambulatorium okulistyczne leczy nagłe przypadki chorobowe, powstałe przy pracy w pobliskich kamieniołomach lub warsztatach kolejowych; ma także stałych pacjentów, których choroba oczu wymaga długiego i systematycznego leczenia. Stykamy się tu z dużą różnorodnością schorzeń oczu, a przede wszystkim z jaglicą i jaskrą. Pierwsza to choroba zakaźna o charakterze społecznym, atakująca częstokroć całe rodziny i przynosząca wielkie szkody społeczne. Walka z jaglicą należy do najważniejszych zadań przychodni okulistycznych. Poza lekarzem do zwalczania tej choroby w wielkiej mierze może się przyczynić pielęgniarka przez organizowanie pogadanek o zasadach higieny w celu uniknięcia zakażenia jaglicą.

Uczennice naszej szkoły wykonują szereg zleceń lekarskich, jak płukanie oczu, zakładanie maści, zakraplanie itd. Uczą się także badania wzroku przy pomocy specjalnych tablic. Poza tym obowiązkiem naszym jest usprawnienie pracy w przychodni, by jak największa ilość chorych mogła korzystać z porad.

Wiele kłopotu nastręczają chore dzieci, które widok białych chałatów lekarza i pielęgniarek wprawia w lęk, co utrudnia wykonanie zabiegu. Zadaniem uczennicy jest podejść do dziecka w ten sposób, by zdobyć jego zaufanie i pokonać lęk, aby dziecko, które często korzysta z opieki lekarskiej nie przeżywało tak silnie każdych odwiedzin w przychodni i aby się to nie odbiło niekorzystnie na dziecku w przyszłości. Wiemy przecież, że przykre przeżycia powtarzając się często, mogą spowodować pewien uraz w psychice dziecka.

Uczennice w przychodni okulistycznej poza zdobywaniem wiadomości zawodowych uczą się właściwego podejścia do ludzi, uczą się poznawać człowieka w ciężkich dla niego chwilach, na czym kształtują swój stosunek do otoczenia, zwłaszcza do środowiska, w którym znajdą się po ukończeniu szkoły. Wiemy dobrze, że odpowiedni stosunek do człowieka chorego jest jednym z warunków powrotu do zdrowia.

Korespondentka szkolna
Maria Oziębłowska

KRONIKA

Z zagranicy

KOREA

Pielęgniarka - Bohater Koreańskiej Republiki Ludowo Demokratycznej.

W jednym z numerów pisma „Nowa Korea" ukazał się artykuł o sławnej córce narodu koreańskiego — pielęgniarce LI-SUN-NIM, jednej z pierwszych kobiet, obdarzonych wysokim tytułem Bohatera Koreańskiej Ludowej Demokratycznej Republiki.

Li-Sun-Nim ma lat 22 i jest jedyną córką chłopa biedniaka ze wsi Menczen prowincji Chamegen. Li-Sun-Nim ratując się przed uciskiem wyzyskiwaczy japońskich, wyjechała razem z rodzicami do Mandżurii, gdzie zaciągnęła się do ludowo wyzwoleńczej armii chińskiej. Początkowo pracowała w wojskowym kole dramatycznym, a następnie pełniła funkcję pielęgniarki. Li-Sun-Nim brała udział w walkach o wyzwolenie północno-wschodnich Chin, uczestniczyła w walkach w północnych i centralnych Chinach, gdzie się wyróżniła jako wytrwały i pełen poświęcenia bojownik.

Gdy interwenci amerykańscy rozpoczęli działania wojenne przeciw Korei, Li-Sun-Nim wstąpiła w szeregi Koreańskiej Armii Narodowej. Niosąc szybko i umiejętnie pierwszą pomoc rannym, uratowała wielu żołnierzy, została bezinteresownie krwiodawczynią, oddając 1.700 g krwi.

Pewnego lipcowego dnia 1950 r., amerykańscy piraci powietrzni bombardowali szpital polowy, odważna dziewczyna wyniosła z palących się sal szpitalnych 80 ciężko rannych.

Gdy w czasie boju przerwano dostawę owoców dla chorych, Li-Sun-Nim, już jako starsza pielęgniarka udawała się po nie każdej nocy do oddalonej o kilka kilometrów górskiej wsi. Li-Sun-Nim poza wzorową pracą pielęgniarską organizuje pracę świetlicową dla chorych oraz znajduje czas na czynną pracę społeczną.

Jest członkiem Robotniczej Partii i przewodniczącą Związku Młodzieży Demokratycznej Sanitarnego Batalionu.

Li-Sun-Nim, piękna postać kobiety, umiejącej łączyć ofiarną pracę pielęgniarki na polu walki z wszechstronną pracą polityczno - uświadamiającą wśród żołnierzy, wykazującej matczyną troskę o życie i zdrowie powierzonych jej pieczy rannych, może służyć wszystkim pielęgniarkom państw Demokracji Ludowej jako wzór pielęgniarki — Bohatera Socjalistycznego. **L. B.**

Odpowiedzi Redakcji

Kol. A. Z. w Szczytnie.

Zupełnie słuszne są Wasze uwagi, że nieregularne otrzymywanie czasopisma zniechęca czytelników. W ostatnim kwartale 1951 r. wyszły wszystkie numery i jeśli nie otrzymaliście ich, należy reklamować w Państwowym Przedsiębiorstwie Kolportażu „Ruch", Warszawa, Srebrna 12. Numer styczniowy oraz lutowy wyszedł już z druku. Następne numery będą wychodziły regularnie, ponieważ usunęliśmy już zasadnicze techniczne trudności druku, nasze pismo bowiem wysyła Administracja, nie zaś Redakcja, na której adres skierowaliście reklamacje za rok 1951. Redakcja przesłała wasze pismo do PPK Ruch. Wyrażamy przekonanie, że zaległe numery za rok 1951 otrzymacie.

Kol. H. M. w Pabianicach.

Zgodnie z prośbą Waszą o podanie wyczerpujących wyjaśnień, dotyczących wyników analiz laboratoryjnych krwi, moczu oraz opadu krwinek postaramy się w najbliższym czasie zamieścić odpowiedni artykuł. Za życzenia dziękujemy.

СОДЕРЖАНИЕ

SOMMAIRE

REDAKCJA: Warszawa, ul. J. Stalina 22 m. 5 Zw. Zaw. Pr. S. Zdrowia. — Tel. 8-60-10. Redaktor przyjmuje; poniedziałki i środy w godz. 15 — 17. Redakcja czynna: codziennie 11—13. ADMINISTRACJA: Warszawa, ul. Srebrna 12 — Państwowe Przedsiębiorstwo Kolportarzu „Ruch" KONTO PKO: Nr I-15978 — „Pielęgniarka Polska". Prenumerata miesięczna: zł 1.50. kwartalna zł 4.50, półroczna zł 9.00, roczna zł 18.00, CENY OGŁOSZEŃ: cała stronica 1.200 zł, 1/2 str. 750 zł, 1/4 str. 450 zł, 1/8 str. 300 zł, 1/16 str. 210 zł, 1/32 str. 150 zł.

Drukarnia Wydawnictwa MON Warszawa. Zam. Nr 585 3500 3-B-15132